

# ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

## DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉES PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,  
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,  
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine,  
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP

Chirurgien de l'hôpital du Midi,  
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Secrétaire de la rédaction :

D<sup>r</sup> P. MENKLEN

Les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* paraissent mensuellement le 25 de chaque mois.  
Chaque numéro forme environ 5 feuilles avec planches et figures dans le texte.  
Prix de l'abonnement annuel : Paris, 30 fr.; — Départements et Union postale, 32 fr.

TOME IX. — N° 1.

25 Janvier 1888.

### SOMMAIRE.

- Mémoires originaux : I. De la dermatite herpétiforme de Darbigny, par BRACO. — II. Tuberculose verruqueuse de la peau. Traitement iodoformé dans la scrofulo-tuberculose cutanée non ulcéralive, par MORET-LAVALLÉE.  
Revue de faits : Gangrène spontanée des doigts par artérite syphilitique, par d'ORNELLAS.  
Revue de syphiligraphie : I. Sur les bacilles dans la syphilis, par DOUTRELEPONT. — II. Chancre de la région anale, par DESCHAMPELLE. — III. Roseole maculeuse, par ERNEST BESNIER. — IV. Syphilide pigmentaire, par IGNAZIO TORTORA. — V. Syphilis du rein, par BARTHÉLEMY. — VI. Aphasie d'origine syphilitique, par COURTADE. — VII. Syphilis héréditaire tardive de la gorge, par BAUCÉ. — VIII. Syphilide ancienne guérie par de fortes doses d'iodure de potassium, par STELWAGON.  
Bibliographie : I. Tableau des localisations dans les maladies de la peau, par PICK. — II. Traité des maladies de la peau, par LESSER. — III. Pathologie et traitement du chancre mou, par LANG. — IV. Atlas des maladies de la peau, par NEUMANN.  
Varia : Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les universités allemandes et austro-hongroises, par le professeur LÉLOI.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR.

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MDCCCLXXXVIII

MM. les Abonnés sont prévenus qu'à moins d'avis contraire il leur sera présenté, dans le courant de janvier, un mandat pour le renouvellement de leur abonnement pendant l'année 1888.

AVIS. — Les auteurs des Mémoires originaux insérés dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail, tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination. — Il n'est pas fait de tirages à part.



## DE CHASSAING — Pepsine et Diastase —

Dans son Rapport sur cette préparation (mars 1864), l'Académie de Médecine de Paris a déclaré qu'il n'y avait aucune incompatibilité chimique entre la Pepsine et la Diastase, et que l'association de ces deux ferments digestifs pouvait rendre des services à la Thérapeutique.

Depuis cette époque, le **Vin de Chassaing** a conquis dans l'art de guérir une place importante. La plupart des Médecins l'ont adopté et prescrit spécialement dans le traitement des *Dyspepsies*.

Peut-être, Monsieur le Docteur, avez-vous eu déjà l'occasion d'en prescrire l'emploi? Permettez-moi, dans tous les cas, de le placer sous votre patronage et de vous le recommander dans les cas de : *Dyspepsie, Gastralgie, Vomissements incurables, Diarrhée, Alimentation insuffisante, Convalescences, Perte de l'Appétit, des Forces, etc.*

(Dose : un à deux verres à liqueur à chaque repas.)



PARIS, 6, avenue Victoria  
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

P. S. — La Pepsine et la Diastase sont préparées par nous à notre usine d'Asnières (Seine) Nous serions heureux de vous y recevoir, et de vous faire juge des soins que nous apportons à la fabrication de nos produits et des efforts que nous avons faits pour arriver à la bonne préparation des ferments physiologiques.

## Sirop de Falières — Bromure de Potassium —

Les Bromures de Potassium du Commerce sont souvent impurs et contiennent jusqu'à 30 et 40 % de carbonate de potasse, d'iodure de potassium et surtout de chlorure de potassium. L'Académie de Médecine de Paris l'a constaté lorsqu'en 1871 elle a donné, sur le rapport de l'un de ses Membres, M. le professeur Poggiale, son approbation exclusive au mode de préparation et de purification du Bromure de Potassium soumis par M. Falières.

Cette préparation a donc le mérite de vous offrir un Bromure de Potassium absolument pur. Chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de Bromure, une cuillerée à dessert 1 gramme, une cuillerée à café 50 centigrammes.

Vous en obtiendrez de bons résultats partout où l'emploi du Bromure de Potassium est indiqué.

### Bromure de Potassium granulé de Falières

Chaque Flacon contient 75 grammes de sel pur et est accompagné d'une cuiller-mesure contenant 50 centigrammes. Cette préparation a le double avantage d'être économique et de permettre au malade de faire sa solution au moment du besoin et en se conformant à la prescription de son médecin.

PARIS, 6, avenue Victoria  
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Sur votre demande, nous nous empresserons de vous adresser le Rapport de M. Poggiale, soumis à l'Académie de Médecine et approuvé par elle.

## Phosphatine Falières

Aliment des plus agréables et pouvant entre les mains des Médecins être un excellent adjuvant de la médication phosphatée. Il vous rendra de bons services :

*Chez les enfants, surtout au moment du sevrage ; chez les femmes enceintes ou nourrices ; chez les vieillards et les convalescents.*

(Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de Phosphate de chaux pur et assimilable.)

PARIS, 6, avenue Victoria  
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

## EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants Débiles — Maladies de la Peau et des Os

# LA BOURBOULE

Rhumatismes — Voies respiratoires

ANÉMIE — DIABÈTE — FIÈVRES INTERMITTENTES



ne de  
et la  
rvice

place  
ans le

emploi  
ous le  
rrhé,

ctoria  
acres  
eine)  
orion.  
à la

esqu  
re de  
ond,  
ation  
oumis

ment  
rée à

sium

esure  
nique  
mant

giale,

illent

;

ma)



DI

(A)

I.  
II.  
III.  
IV.

étu  
Il s  
qu

(  
(D



# ANNALES

DE

## DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

---

### DEUXIÈME SÉRIE

---

TRAVAUX ORIGINAUX.

---

MÉMOIRES.

---

#### I

#### DE LA DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING

(*Arthritides bulleuses* de BAZIN. — *Pemphigus pruriginosus* de M. le professeur HARDY. — *Hydroa* de quelques auteurs anglais.)

- I<sup>re</sup> PARTIE. — EXPOSÉ ET DISCUSSION DES IDÉES DE DUHRING.  
II<sup>re</sup> PARTIE. — DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE CHRONIQUE ET SUBAIGUE.  
III<sup>re</sup> PARTIE. — DES DERMATITES POLYMORPHES PRURIGINEUSES AIGUES.  
IV<sup>re</sup> PARTIE. — DE LA DERMATITE POLYMORPHE PRURIGINEUSE RÉCIDIVANTE DE LA GROSSESSE (*Herpes gestationis*).

Par le D<sup>r</sup> L. BROcq, médecin des hôpitaux.

---

#### PRÉAMBULE.

Il nous paraît à peu près impossible à l'heure actuelle de faire une étude d'ensemble quelque peu satisfaisante des dermatoses bulleuses. Il suffit pour s'en convaincre de lire les travaux les plus récents sur cette question (1) : on y voit décrites sous les noms les plus divers des affec-

(1) Voir en particulier l'article fort complet du D<sup>r</sup> Chambard sur le pemphigus (*Dictionnaire encyclopédique*, t. 22, 2<sup>e</sup> série, p. 441, 1886).

345912



tions identiques; et d'autre part les observations les plus disparates y sont rangées dans un seul et même groupe morbide. Les causes de cette confusion sont multiples; j'en signalerai deux: d'abord et avant tout la complexité même des éruptions bulleuses, complexité telle qu'il est fort difficile de trouver des cas absolument comparables entre eux et par suite de fixer des types cliniques; en second lieu la terminologie des plus défectueuses qui a été adoptée pour ces maladies: les mots de *Pemphigus aigu* et *chronique* sont tout à fait insuffisants; ils ne veulent dire en somme qu'*affections bulleuses à marche aiguë* ou *affections bulleuses à marche chronique*; aussi plusieurs de ces éruptions ont-elles été décrites sous des noms divers tels que: *Erythème polymorphe vésiculeux* et *bulleux*, *érythème polymorphe infectieux*, *hydropa vésiculeux* et *hydropa bulleux*, *dermatitis herpetiformis*, etc... de telle sorte que plusieurs dermatologistes ont pu récemment se demander s'il existe des entités morbides auxquelles on doit donner le nom de pemphigus aigu ou celui du pemphigus chronique.

Pour arriver à jeter quelque lumière dans ce chaos en apparence inextricable de faits et de mots, nous croyons qu'il faut essayer de faire pour les affections bulleuses le travail de classification que nous avons ébauché en 1882 pour les affections généralisées rouges et desquamatives. Il faut s'efforcer d'établir quelques types cliniques aussi strictement délimités que possible, et éviter en le faisant de trop généraliser.

Ces types bien établis avec quelques faits exactement comparables entre eux seront les jalons, les points de départ fixes qui permettront ensuite d'étudier fructueusement et de grouper les faits rares et disparates dont on s'occupe malheureusement beaucoup trop et qu'à notre avis il faut laisser de côté comme des matériaux que l'on utilisera plus tard. Telles sont les idées générales qui nous ont guidé dans le travail que nous publions aujourd'hui sur l'une des affections qui se rattachent à l'ancien pemphigus, sur la *Dermatitis herpetiformis* de Duhring.

## PREMIÈRE PARTIE.

### EXPOSÉ ET DISCUSSION DES IDÉES DE DUHRING.

#### CHAPITRE PREMIER.

#### *Exposé de la question.*

En 1884, époque où Duhring a fait paraître ses premiers travaux, la confusion était complète, et l'on commençait à s'apercevoir en France



que la fameuse classification de Nodet (1) des éruptions bulleuses essentielles en éruptions pemphigoides (Érythèmes polymorphes bulleux, etc...) et éruptions Pemphigineuses (Pemphigus vrais) ne pouvait s'accorder avec tous les faits. On sait que pour Nodet, dès que la bulle se développe sur une plaque congestive primitive, il s'agit de formes bulleuses ou pemphigoides d'érythème, d'herpès, d'hydroa, d'urticaire, etc... et non d'une maladie vraiment digne du nom de pemphigus; si la bulle apparaît au contraire d'emblée sur la peau saine, il s'agit d'un pemphigus vrai. Cette division, en apparence des plus nettes, et qui semble avoir pour base l'anatomie pathologique et la physiologie pathologique des affections en litige, ne pouvait longtemps résister à l'examen attentif des faits. On n'a pas tardé à constater l'apparition d'emblée sur la peau saine, sans érythème prémonitoire, de bulles bien tendues et transparentes dans des cas, considérés jusque dans ces derniers temps comme indiscutables, d'érythème polymorphe bulleux; et inversement on a reconnu qu'avec cette théorie il était impossible d'expliquer des faits semblables à celui dont nous parlions en ces termes dès 1884 dans une de nos analyses (2), fait qui se rapporte aux dermatoses que nous nous proposons d'étudier.

Nous avons vu tout récemment (service de M. le Dr E. Vidal à l'hôpital Saint-Louis) une éruption diagnostiquée tout d'abord érythème polymorphe à forme bulleuse qui durait déjà depuis plus de huit mois; certaines bulles reposaient sur une base rouge, d'autres directement sur la peau saine; la maladie au début avait eu tout à fait les allures d'un érythème polymorphe. Les commémoratifs, l'aspect de l'éruption, suffisaient-ils à l'heure actuelle pour la différencier d'un pemphigus chronique vrai? Faut-il admettre que des cas semblables sont des érythèmes polymorphes prolongés, ou bien des pemphigus chroniques, et dans ce cas que devient le critérium de Nodet?

Les difficultés auxquelles nous nous heurtons à cette époque venaient de ce que nous nous renfermions dans le cercle trop étroit de la lésion cutanée considérée en elle-même, de ce que nous avions trop perdu de vue les travaux, si dignes d'attention cependant, de notre grand dermatologiste, de Bazin. Bazin connaissait des faits semblables au précédent; il en avait fait son groupe des *arthritides bulleuses*, magnifique conception à laquelle il n'a manqué, pour être acceptée sans contrôle comme une entité morbide bien définie, que de porter une autre étiquette, et d'être étudiée et vulgarisée par l'école française. — C'est en réalité l'histoire de cette affection que Duhring vient de reprendre, et, sauf les nombreuses ré-

(1) *Contribution à l'étude des éruptions pemphigoides aiguës*. Paris, 1880.

(2) Voir *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 564. 1884.



servez que nous ferons dans le cours de cet article, nous devons reconnaître au savant professeur de Philadelphie l'incontestable mérite d'avoir compris la nécessité d'en faire un type morbide à part et de soutenir cette idée avec une infatigable persévérance et un immense talent.

## CHAPITRE II.

### Travaux et observations de Duhring.

C'est le 6 mai 1884 que Duhring a fait à l'association médicale américaine la première communication sur sa dermatitis herpetiformis (1). Depuis lors, il a publié sans relâche mémoires et observations sur ce sujet. Il est nécessaire de les connaître à fond pour l'intelligence de tout ce qui va suivre.

Nous regrettons que les exigences de la publication ne nous permettent pas de citer *in extenso* tous les cas qu'il a observés. Nous nous contenterons de les signaler, et d'en donner les indications bibliographiques exactes : quatre d'entre eux ont déjà été traduits dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*; nous résumerons l'observation V, que l'on n'a pas encore analysée en France, pour que le lecteur ait sous les yeux au moins un exemple typique de l'affection.

#### OBSERVATIONS DE DUHRING.

Obs. I. — *Dermatite herpétiforme durant depuis plus de onze ans et montrant les divers aspects que peut revêtir cette affection* (2).

Homme âgé de 44 ans, atteint depuis onze ans d'une éruption multiforme, inflammatoire, composée de plaques érythémateuses, de papulo-vésicules, de pustules, d'excoriations, de macules, fort prurigineuse, affectant un point quelconque du tégument externe. Il se produit de temps en temps de grandes poussées éruptives qui durent de trois à quatre semaines, et dans l'intervalle de ces grandes poussées il y en a de plus petites : par moment, le malade se sent très bien, cependant il n'est jamais indemne de toute éruption.

Obs. II. — *Cas typique de dermatitis herpetiformis, par Duhring* (3).

Homme âgé de 22 ans, atteint depuis plus de deux ans d'une affection prurigineuse caractérisée par des poussées successives d'intensité variable de vésicules, de bulles, de pustules, figurées ou non. L'aspect du malade a été pendant un moment celui du pemphigus foliacé.

(1) *The New York medical Journal*, p. 562, 17 mai 1884.

(2) *Philadelphia medical Times*, 12 juillet 1884. — Analysée dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* de 1884, p. 359.

(3) *New York medical Journal*, 9 avril 1887, p. 404. — Traduite *in extenso* dans le numéro d'août-septembre des *Annales de Dermatologie*, p. 332. 1887.



Obs. III. — *Cas typique de dermatitis herpetiformis, par Duhring (1).*

Femme de 35 ans, nerveuse et surmenée, professeur de musique, atteinte depuis plusieurs mois d'une éruption très prurigineuse, caractérisée par des plaques érythémateuses, des vésicules, des bulles, groupées ou disséminées.

Obs. IV. — *Cas de dermatite herpétiforme pouvant être considéré comme un type de la variété pustuleuse de l'affection (impetigo herpetiformis d'Hebra), par Duhring (2).*

Femme de 32 ans, atteinte depuis huit ans d'une éruption très prurigineuse caractérisée par une éruption généralisée de vésicules, de bulles, de pustules évoluant par poussées successives d'aspects divers, tantôt vésiculo-bulleuses, tantôt pustuleuses, souvent figurées, avec pustule centrale primitive et petites pustules périphériques secondaires. Il y a eu parfois des intervalles de calme complet, en particulier pendant une grossesse.

Obs. V. — *Cas de dermatitis herpetiformis durant depuis treize ans, par L.-A. Duhring (3).*

Le malade est un peintre âgé de 31 ans: il entre le 3 juillet 1874 au *Philadelphia dispensary for Skin Diseases*. L'affection cutanée dont il est atteint depuis 1871 fut caractérisée, au début, par une poussée éruptive subite qui envahit toute la surface du corps, sauf le visage, et qui fut surtout abondante aux coudes et aux genoux. Elle était constituée par des plaques érythémateuses variant comme dimensions de celles d'un pois à celles de l'ongle, surélevées, aplaties, quelques-unes discrètes, la plupart confluentes, et s'accompagnant d'un prurit violent. En somme, cette poussée, d'après ce que raconte le malade, ressemblait beaucoup à de l'urticaire: elle s'éteignit au bout de trois à quatre jours environ.

Puis survint une éruption prurigineuse de petites pustules aplaties, arrondies, qui se montrèrent çà et là, surtout vers les coudes et les genoux. Elles augmentèrent lentement de volume, puis se recouvrirent de croûtes brunâtres adhérentes. Il en parut ainsi un grand nombre dont les dimensions variaient de celles d'un pois à celles de l'ongle: leur durée individuelle était de 5 à 15 jours. Au bout de quatre semaines elles disparurent; mais, presque avant que toutes les croûtes ne se fussent détachées, survint une nouvelle éruption composée de vésicules et de bulles, de toutes dimensions, depuis celles d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'une noisette, ces dernières siégeant surtout vers les extrémités et à la figure: sur le reste du corps, elles étaient plus petites, et les plus volumineuses n'y atteignaient guère que la grosseur d'un pois. Les unes étaient globuleuses, les autres aplaties; leur contenu était clair, transparent, il n'y avait pas d'aréole périphérique. Il ne se forma pas de pustules: le prurit était intense. La durée de cette attaque fut de deux mois, pendant lesquels des bulles nouvelles se montrèrent tous les jours.

(1) *Ibid.*

(2) *Journal of Cutaneous and venereal Diseases*, août 1884, n° 8, p. 225. — Analysée dans les *Annales de Dermatologie*, 1885, p. 238.

(3) *The New York medical Journal*, 15 novembre 1884. — Nous publions cette observation presque *in extenso* pour que nos lecteurs puissent se faire une idée exacte du type que nous étudions.



Le malade fut ensuite relativement bien pendant plusieurs mois, puis il fut pris d'une nouvelle éruption de petites vésicules, de pustules, de pustulo-vésicules et de papulo-vésicules : cette poussée, qui fut la première à avoir un caractère nettement polymorphe, fut très prurigineuse et dura 15 jours environ. Il survint encore d'autres rechutes de courte durée, séparées par des intervalles d'accalmie. Les saisons ne semblaient avoir aucune influence marquée sur le cours de l'affection.

Duhring vit le malade pour la première fois en juillet 1874. Il était alors en pleine éruption pustuleuse : il portait une vingtaine de pustules, groupées çà et là, disséminées, variant comme volume de celui d'un pois à celui de l'ongle, aplaties pour la plupart et portant au centre une croûte jaune, brunâtre, adhérente, semblable à celle de l'ecthyma. Elles se trouvaient sur les régions lombaires, sacrées, sur les fesses, les coudes et les genoux. Elles étaient fort prurigineuses. Les lésions les plus récentes étaient entourées d'une aréole d'un rouge vif; elles tendaient à se dessécher au centre, à y donner naissance à une croûte, et à s'étendre à la périphérie en formant des anneaux étroits plus ou moins distincts et pustuleux situés immédiatement en dehors des bords de la croûte. Ces lésions ressemblaient donc tout à fait à de l'ecthyma cachectique. On pouvait penser également en les voyant à de l'eczéma pustuleux ou à de l'impetigo contagiosa. Au bout de trois semaines, le malade était toujours dans le même état, sauf une petite amélioration passagère : il sortit en novembre 1874, découragé.

En janvier 1879, il se présente à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie. Jusque dans ces derniers temps l'affection avait eu moins d'intensité, et lui avait laissé pendant ces quatre années des intervalles d'un à six mois de repos relatif, sans que cependant elle eût jamais disparu complètement. La santé générale est moins bonne, et le système nerveux est très ébranlé.

Les éruptions dont est atteint le malade à l'heure actuelle, soit simultanément, soit dans des poussées différentes, sont de quatre ordres : 1° des *pustules* vraies contenant un liquide puriforme, blanchâtre, variant comme grosseur de celle d'une tête d'épingle à celle d'une pièce d'un franc; 2° des *vésicules* remplies d'un liquide jaune clair et de dimensions variables; 3° des *bulles*, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une cerise; 4° des *papulo-vésicules* acuminées, présentant une exsudation de sérosité gluante et gommeuse. Les pustules ne déterminent que peu de prurit; mais les vésicules et les bulles sont fort prurigineuses. Le malade se sent fortement indisposé pendant les éruptions pustuleuses; il n'en a eu que trois ou quatre : les autres ont été vésiculeuses et bulleuses.

L'affection procède par poussées successives que séparent des intervalles de semaines ou de mois. L'une s'éteint à peine quand l'autre commence. Jamais elles ne sont précédées de frissons ni de fièvre. Souvent les lésions cutanées ont de la tendance à former des groupes, il en apparaît quatre ou cinq dans un rayon de 1 ou 2 pouces, aussi peuvent-elles devenir confluentes. Les régions envahies sont le cou, la face, les coudes, les genoux, les régions sacrées, les fesses (qui sont les points de prédilection). Les parties génitales, les mains et les pieds sont presque toujours restés indemnes; jamais les paumes des mains et les plantes des pieds n'ont été envahies.

11 mars 1879. — Chaque pustule met en moyenne de deux à trois semaines à évoluer complètement; elle laisse près elle des taches d'un rouge sombre, brunâtres, pigmentées, qui persistent, mais jamais de cicatrices. La plupart des lésions sont disséminées; il n'y en a que fort peu qui forment des



groupes. A mesure qu'elles augmentent de dimensions, on voit d'ordinaire apparaître autour de la lésion initiale un assez grand nombre de pustules aplaties, petites, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui forment une sorte d'anneau autour de la croûte centrale.

Depuis trois nuits, le prurit est fort intense; il s'est produit une éruption nouvelle ressemblant à de l'urticaire, semblable, dit le malade, à plusieurs autres poussées antérieures; elle a débuté par les bras, puis elle a envahi tout le corps, sauf les pieds et les mains. Elle est constituée par des plaques érythémateuses très rouges, assez prurigineuses pour causer de l'insomnie.

Le matin du troisième jour, elle disparaît; mais le malade éprouve du malaise, il n'a point d'appétit. Dès le soir même, l'éruption réparaît après une sensation de malaise, puis de froid et des transpirations profuses. Le quatrième jour l'éruption a de nouveau disparu; le malade se sent mieux; mais la peau est rouge, par places légèrement papuleuse et vésiculeuse; sur les bras, elle a l'aspect de l'érythème polymorphe en voie de disparition.

Le 16, apparaissent une demi-douzaine de pustules sur les bras et sur les fesses; le 25, plusieurs autres pustules disséminées çà et là.

29 juin. — Depuis que la dernière note a été prise, le malade a été très tourmenté par plusieurs poussées successives. A l'heure actuelle, les lésions sont vésiculeuses et bulleuses; leur grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un grain de café; elles occupent la face, les bras, les avant-bras, la partie médiane du dos. Le prurit est intolérable.

1<sup>er</sup> juin 1884. — Quatre ans se sont écoulés depuis la note précédente; pendant ce long espace de temps, il s'est produit des poussées éruptives successives, peut-être un peu moins fortes qu'auparavant, et qui ont surtout consisté en vésicules. On n'a pu obtenir d'amélioration réelle par aucun traitement. Actuellement la face, le cou et le tronc portent çà et là de petites vésicules et papulo-vésicules assez mal délimitées et très prurigineuses. L'état général est cependant meilleur et le malade peut vaquer à ses occupations.

*Obs. VI. — Cas de dermatite herpétiforme causée par un choc nerveux, par Dühring (1).*

Homme de 38 ans, atteint, depuis quatre ans, à la suite d'une émotion violente, éprouvée en faisant une chute dans une fondrière, d'une éruption généralisée très prurigineuse, tantôt vésiculeuse, tantôt bulleuse, tantôt pustuleuse, figurée ou non, évoluant par poussées successives. L'histoire en est des plus intéressantes, et nous nous servirons à plusieurs reprises de la description que l'auteur y fait des éléments éruptifs, quand nous étudierons la dermatite polymorphe prurigineuse chronique.

*Obs. VII. — Cas de dermatite herpétiforme bulleuse, par Dühring (2).*

Homme de 64 ans, atteint, depuis plus de quatre ans, d'une éruption généralisée très prurigineuse, composée de papulo-vésicules, de vésicules, de bulles et de pustules; ce sont les vésicules et les bulles qui dominent. La maladie évolue par poussées successives. Elle semble perdre graduellement de son intensité.

(1) *The American Journal of the medical Sciences*, janvier 1885.

(2) *The New York med. Journal*, 19 juillet 1884.



Obs. VIII. — *Cas de dermatite herpétiforme caractérisé par des lésions gélatineuses particulières, par Duhring (1).*

Homme de 65 ans, atteint, depuis plus de sept ans, d'une éruption prurigineuse qui, pendant les cinq premières années, ne se montra que pendant l'hiver, et se caractérisa d'abord par du prurit et des rougeurs, puis par du prurit et des pustules, ou des bulles à liquide transparent, enfin par des bulles renfermant une matière gélatineuse toute spéciale; l'éruption devint ensuite continuelle avec poussées subintrantes composées de papulo-vésicules, de bulles et de pustules.

Obs. IX. — *Cas de dermatite herpétiforme ressemblant à l'érythème multiforme, par Duhring (2).*

Homme de 70 ans, nerveux, atteint, depuis plus d'un an, d'une éruption polymorphe, généralisée, abondante, qui s'accompagne d'un prurit intense et de sensations de brûlure. D'après le médecin habituel du malade, cette éruption change de temps en temps de caractère; elle est parfois vésiculeuse, parfois érythémateuse, parfois, enfin, ces deux formes élémentaires coexistent.

Voici les réflexions fort importantes dont Duhring fait suivre cette observation.

On ne pouvait songer ici à porter le diagnostic d'herpès iris, car l'élément érythémateux dominait, et d'ailleurs la chronicité de l'affection, sa ténacité, sa tendance aux rechutes successives, le prurit intense qui l'accompagnait, étaient autant de caractères distinctifs.

Faut-il, ajoute l'auteur, regarder ce cas comme un érythème multiforme ou en faire une dermatite herpétiforme? Faut-il donner une nouvelle définition de l'érythème multiforme et y faire rentrer un processus chronique, de façon à pouvoir ranger dans ce groupe, ainsi élargi, le cas précédent et les autres cas semblables? ou bien devons-nous les considérer comme trop distincts de l'érythème polymorphe typique pour les y classer, et nous faut-il en faire un groupe à part?

Le cas précédent doit, d'après lui, à cause de son évolution, être plutôt regardé comme un exemple de la variété érythémateuse de la dermatite herpétiforme, et non comme un érythème polymorphe. Cependant, Duhring termine cette note en disant qu'il faut d'autres documents pour arriver à des vues définitives sur ce point; en somme il ne résout point les questions si intéressantes qu'il vient de poser.

Si l'on parcourt les neuf observations précédentes, on peut se convaincre qu'elles présentent un certain air de famille, et qu'elles sont des exemples un peu divers d'une seule et même affection. C'est ce qu'a fort bien compris le dermatologiste américain qui les a publiées et qui en a

(1) *The medical News*, 7 mars 1885.

(2) *The medical Record*, p. 380, 2 avril 1887.



fait une entité morbide spéciale, sa *dermatitis herpetiformis*. Voici quelle est la description didactique, très succincte, qu'il donne de cette rare dermatose, dont il n'a pu recueillir que quinze cas.

La dermatitis herpetiformis, dit Duhring (1), est caractérisée par l'apparition : 1° de plaques érythémateuses assez semblables à des plaques d'urticaire ou d'érythème multiforme; 2° de vésicules herpétiques de dimensions et de formes variables, aplaties ou surélevées, plus ou moins groupées; 3° de bulles présentant des caractères semblables; 4° de pustules plates ou acuminées blanchâtres, reposant sur une base plus ou moins enflammée; 5° de papules, de papulo-vésicules, d'infiltrations circonscrites de dimensions variables; toutes lésions qui s'accompagnent d'un prurit violent et qui tendent à revêtir un caractère herpétique, de telle sorte qu'on pourrait prendre l'herpès zoster pour type de cette éruption. L'une ou l'autre de ces formes éruptives peut exister seule, à un moment donné, chez le malade; l'éruption peut au contraire être mixte ou polymorphe, enfin, plusieurs formes éruptives peuvent se succéder rapidement chez le même sujet dans le cours d'une même poussée, ou seulement dans des poussées successives. En somme, l'un des caractères les plus remarquables de cette affection, c'est qu'elle est protéiforme.

Duhring croit pouvoir en décrire les variétés suivantes :

1° *Variété érythémateuse* (Obs. IX), qui ressemble à l'urticaire, mais surtout à l'érythème polymorphe; elle finit le plus souvent par aboutir à l'une des autres variétés.

2° *Variété vésiculeuse*, beaucoup plus fréquente que la précédente, caractérisée par des vésicules variant comme grosseur de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Elles sont d'ordinaire irrégulières, anguleuses, brillantes, d'un jaune pâle, entourées d'une aréole rouge. Elles sont disséminées ou groupées par petits amas et peuvent s'ouvrir les unes dans les autres. L'éruption dans ces cas est le plus souvent abondante et étendue. Dans les cas chroniques elle détermine de la pigmentation. Le prurit est intense. C'est à cette variété que Duhring rattache l'*herpes gestationis* des auteurs anglais, et nous nous réservons de discuter plus tard cette opinion.

3° *Variété bulleuse* constituée par des bulles dont les caractères généraux sont les mêmes que ceux des vésicules; on la confond généralement avec le pemphigus.

4° *Variété pustuleuse*, caractérisée par des pustules de dimensions variables, hémisphériques ou aplaties, blanchâtres, ressemblant à des éléments d'impétigo et d'ecthyma. Elles ont de la tendance à s'accroître

(1) *Philadelphia medical Times*, 12 juillet 1884.



par les bords, tandis qu'il se forme une croûte au centre : elles sont entourées, le plus souvent, d'une aréole inflammatoire et constituent de petits groupes de deux ou trois ou même davantage, qui peuvent devenir confluents. Le mode de groupement est assez particulier, en ce qu'il existe une pustule centrale qui est ensuite entourée d'un nombre variable de pustules plus petites, formant parfois autour d'elle une sorte de ceinture comme dans l'herpès iris. Mais cette disposition n'est pas constante. C'est à cette variété que Duhring rattache l'*impetigo herpetiformis* d'Hébra; nous discuterons également bientôt la légitimité de cette généralisation.

Dans toutes les variétés de dermatitis herpetiformis, il se produit quelques phénomènes généraux, surtout lors de chaque nouvelle crise. Les sensations de prurit et de brûlure sont très violentes. L'affection a une tendance marquée à apparaître par poussées et à avoir de nombreuses rechutes; elle dure pendant des années. L'éruption peut envahir toutes les régions du corps. Elle affecte les deux sexes et surtout l'âge moyen de la vie. Elle est fort rebelle au traitement.

Tout récemment, Duhring, voyant qu'on avait mal compris ses idées sur cette affection et qu'on avait publié de divers côtés sous l'étiquette de *dermatitis herpetiformis* des observations qui ne répondaient pas du tout au type morbide précèdent, a insisté de nouveau sur ses caractères distinctifs (1). Le symptôme vraiment pathognomonique d'après lui est la *multiformité des éléments éruptifs* : ce polymorphisme apparaît soit dans une seule et même poussée, soit dans des poussées successives; pour le constater, il faut donc parfois se donner la peine d'assister pendant quelque temps à l'évolution de la maladie. Les *lésions primitives*, érythème, vésicules, bulles, pustules, papules, sont entremêlées de *lésions secondaires* telles que pigmentations plus ou moins foncées, excoriations, épaissement de la peau. Les autres phénomènes importants sont le prurit, la chronicité de l'affection, sa tendance continuelle à récidiver à des périodes variables, d'ordinaire toutes les six ou huit semaines.

C'est en s'appuyant sur ces données, qui sont, il faut bien le reconnaître, les caractères majeurs des dermatoses qui nous occupent, que Duhring s'est enfin décidé (septembre 1887), trois ans après ses premières publications, à tracer le diagnostic différentiel suivant, diagnostic que nous avons déjà réclaté dans nos analyses (2).

Quelques cas de dermatite herpétiforme, dit l'auteur américain, ressemblent tout à fait à l'érythème polymorphe, mais les lésions de la der-

(1) L.-A. DUHRING, Diagnostic de la dermatitis herpetiformis (*American dermatological Association*, 2 septembre 1887).

(2) Voir *Annales de Dermatologie*, p. 131, 1886.



matite herpétiforme sont moins nettement définies et l'évolution des deux affections diffère, puisque l'érythème est de courte durée (1). — Parfois la dermatite herpétiforme ressemble à l'herpès iris de Bateman (hydro-vésiculeux); mais l'herpès iris est une affection aiguë, bénigne, se terminant très vite par la guérison, tandis que la dermatite herpétiforme est une affection chronique beaucoup plus grave, qui s'accompagne de lésions beaucoup plus profondes des téguments. — Lorsque l'on a affaire à la variété bulleuse pure de la dermatite herpétiforme, on peut la confondre avec le pemphigus vulgaire, mais le polymorphisme de l'éruption vient bientôt lever tous les doutes.

Telles sont les grandes lignes qui permettent, d'après le savant dermatologiste de Philadelphie, de distinguer la dermatite herpétiforme des affections similaires. Nous aurions désiré que, dès ses premières publications, il fût entré, à cet égard, dans des détails précis et complets. Il aurait évité et il éviterait encore ainsi beaucoup d'hésitations et de tâtonnements à ceux qui essayent comme nous de se faire une idée exacte de son type morbide.

Ce qui contribue à en rendre l'intelligence difficile, c'est que, loin de chercher à le dégager des dermatoses si nombreuses qui ont certains rapports avec lui, Duhring s'est efforcé d'y faire rentrer plusieurs affections bulleuses déjà décrites. Il a voulu généraliser, donner plus d'étendue à ce groupe, simplifier ainsi l'étude des dermatoses vésiculeuses, bulleuses et pustuleuses. Nous allons voir que ces tentatives ont été en partie légitimes, en partie malheureuses; elles ont égaré beaucoup d'auteurs, et ont empêché la plupart des médecins de comprendre la réelle valeur des recherches dont nous parlons.

Voici, d'après Duhring, quelles sont les maladies que l'on doit faire rentrer dans la dermatite herpétiforme (2) : 1° l'*impetigo herpeticiformis* d'Hebra, qui se confond avec la variété pustuleuse; 2° l'*herpes gestationis* de Milton, de Bulkley, qui doit être rangé dans la variété vésiculeuse et bulleuse; 3° certaines autres formes éruptives dénommées *herpes* avec divers qualificatifs, telles que l'*herpes phlyctenodes* de Gibert, l'*herpes circinatus bullosus* d'E. Wilson, l'*herpes iris* de Jarisch; 4° la plupart des variétés de *pemphigus* décrites, telles que le *pemphigus circinatus* de Rayer, le *pemphigus aigu prurigineux* de Chausit, le *pemphigus composé*, l'*herpès pemphigoiide* de Devergie, le *pemphigus* de Klein, le *pemphigus pruriginosus* de Hardy, etc.; 5° beau-

(1) Voir de plus ci-dessus les réflexions qui terminent l'observation IX, et ci-dessous la critique des idées de Duhring.

(2) Note préliminaire sur les relations de la dermatitis herpeticiformis avec l'herpes gestationis et d'autres formes semblables d'affection, par L.-A. DUHRING (*The medical News*, 22 novembre 1884).



coup de cas publiés sous le nom d'*hydroa* ou sous d'autres étiquettes.

Tels sont, dans leur ensemble, les travaux du dermatologiste américain : nous allons d'abord les discuter, puis nous étudierons les diverses entités morbides que nous croyons devoir dégager de l'ensemble des faits réunis sous le titre de *dermatitis herpetiformis*.

### CHAPITRE III.

#### *Discussion des idées de Duhring.*

D'après ce qui précède, on a déjà pu comprendre que nous sommes disposés à admettre l'existence d'une affection spéciale, devant être décrite à part, affection dont les neuf observations analysées plus haut sont des exemples. Cette affection nous paraît, en effet, nettement définie par les quatre grands caractères suivants, que nous considérons comme pathognomoniques, et que nous mettons dès maintenant en relief afin d'avoir des points de repère précis dans l'examen critique qui va suivre :

1° Les phénomènes éruptifs sont polymorphes ou multiformes : ils consistent en : *a. Éléments primitifs* : plaques érythémateuses plus ou moins nettement figurées, papules, vésicules, papulo-vésicules, bulles, pustules, vésico-pustules, disséminées ou groupées de diverses manières; *b. Éléments secondaires* : excoriations, croûtes, macules brunâtres;

2° Le prurit est très intense;

3° L'affection a une très longue durée et procède par poussées successives qui peuvent avoir des aspects différents comme éruptions;

4° Les malades, bien que parfois un peu affaiblis, conservent, en somme, un bon état général.

L'ensemble de ces phénomènes constitue un tout qui nous paraît assez caractéristique d'une entité morbide spéciale, dont la dénomination logique devrait être non dermatite herpétiforme, mais *dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives* (1). Les neuf observations précédentes de Duhring présentent toutes ces quatre grands caractères; on les retrouve également dans d'assez nombreux faits publiés dans ces trois dernières années par Duncan Bulkley, Van Harlingen, Taylor, Bronson, Fox, etc... (2). Nous en observons continuellement, en France, des exemples typiques; et, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, notre grand dermatologiste, Bazin, en a donné une des-

(1) Voir plus loin ce que nous disons à propos de cette dénomination provisoire.

(2) Voir plus loin le résumé de ces cas.



cription magistrale sous le nom d'*arthritides bulleuses* (1). Nous reprendrons plus loin cette description, et nous verrons que Dühring n'a fait que la reproduire. Ce n'est donc pas à lui, mais bien à Bazin qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir le premier reconnu et créé le type morbide qui nous occupe. Sur ce premier point, sur la réalité de l'existence d'une dermatose distincte à laquelle doivent être rattachées les neuf observations précédentes, nous sommes heureux d'être complètement de l'avis du dermatologiste américain. Voyons maintenant si nous devons comme lui y faire rentrer les diverses affections que nous venons d'énumérer.

Avant d'entrer dans cette discussion, nous devons donner quelques explications. D'après ce qui précède, on voit que le terme *dermatite herpétiforme* ne désigne pas seulement pour Dühring l'entité morbide dont les neuf observations précédentes sont des exemples, et qu'en attendant une dénomination plus synthétique nous avons appelée *dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives* (par abréviation d. p. p. chronique) : le mot *dermatite herpétiforme*, créé par Dühring, s'applique à l'ensemble des affections que nous venons d'énumérer : telle est sa conception.

Pour voir si elle est légitime, puisque nous venons d'établir que les neuf cas précédents du dermatologiste de Philadelphie constituent une entité morbide distincte, la d. p. p. chronique, il nous suffira de rechercher si les autres types cliniques qu'il fait rentrer dans ce groupe morbide sont comparables à cette dermatite polymorphe prurigineuse chronique. S'ils le sont, la légitimité de la conception de la dermatite herpétiforme sera établie. Dans tout ce qui va suivre nous comparerons donc, successivement, tous les faits signalés par Dühring aux neuf faits que nous venons de faire connaître et que nous dénommerons désormais *dermatite polymorphe prurigineuse chronique* et non *dermatite herpétiforme*.

#### 1° IMPETIGO HERPETIFORMIS

Nous ne nous appesantirons pas sur la description de l'impetigo herpetiformis, car le savant article que vient de publier Kaposi sur ce sujet a élucidé la plupart des points en litige : nous y renvoyons ceux de nos lecteurs qui voudraient étudier à fond cette question, en particulier la bibliographie (2).

(1) BAZIN, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, rédigées par le Dr Jules Besnier, 1868, p. 303 et suivantes.

(2) KAPOSI, *Impetigo herpetiformis* (*Viertelj. für Derm. und Syph.* 1887, 2 Heft, p. 273, avec cinq planches chromolithographiées).

Voir également : JOSEPH ZEISLER, *Zur Kenntniss der Impetigo herpetiformis* (*Monatshefte für praktische dermat.*, n° 21, p. 930. 1887).



C'est en 1872 qu'Hebra fit connaître pour la première fois une affection nouvelle, spéciale aux femmes enceintes, et à laquelle il donna le nom d'*Impetigo herpeticiformis* (1). Dans l'atlas des maladies de la peau d'Hebra et de Bärensprung (2) on trouve une planche qui se rapporte à une affection analogue, qui porte l'étiquette d'*herpes circinatus*, et que Duhring regarde (3) comme un bel exemple de la variété pustuleuse circinée annulaire de la dermatite herpétiforme. Deux ans plus tard, Auspitz (4) publia sous le nom d'*herpes vegetans* deux cas qui semblent devoir être rangés dans l'*impetigo herpeticiformis* d'Hebra. L'éruption était constituée par des plaques érythémateuses d'un rouge vif, sur lesquelles survinrent des vésicules et des pustules et qui étaient le siège de démangeaisons et de cuissons. Duhring se fonde sur ce polymorphisme pour ranger ces faits dans sa dermatite herpétiforme, dont ils constituent, d'après lui, des formes anormales. Les deux malades succombèrent.

En 1874, Geber publie un cas de la clinique dermatologique de Vienne, et il essaye d'y démontrer les relations de l'*impetigo herpeticiformis* avec l'herpès (5). Il n'y parle que de vésicules, et il y décrit des vésicules pleines d'un liquide louche jaunâtre, c'est-à-dire en réalité des pustules.

Dans son travail de 1872, Hebra publie cinq observations, toutes relatives à des femmes enceintes.

D'après lui, cette affection, dont il donne pour la première fois la description didactique, est caractérisée par des pustules remplies de pus dès leur apparition (aussi en fait-il une variété d'*impetigo*), et groupées circulairement, de telle sorte que le centre du groupe se recouvre de croûtes brunâtres, autour desquelles se forment constamment de nouvelles pustules (aussi l'assimile-t-il comme mode de groupement à l'herpès iris *circinatus* et lui donne-t-il le nom d'*Impetigo herpeticiformis*).

L'éruption commence presque toujours par la partie interne des cuisses, puis elle gagne peu à peu l'abdomen, les membres supérieurs et inférieurs, les pieds et les mains, enfin le cou, la face et le cuir chevelu. Les symptômes généraux sont toujours sérieux; il y a une fièvre intense, une grande prostration. L'affection est d'une extrême gravité, puisque quatre des cinq malades d'Hebra furent rapidement emportées à une première attaque. La cinquième succomba à une rechute.

Neumann (6), qui avait décrit l'*impetigo herpeticiformis* dans la troi-

(1) HEBRA, De quelques affections de la peau survenant chez les femmes pendant la grossesse et la puerpéralité (*Wiener med. Wochens.*, n° 48, 1872).

(2) ERLANGEN, 1867.

(3) DUHRING, Des rapports de la dermatite herpétiforme avec l'affection que l'on désigne sous le nom d'*impetigo herpeticiforme* (*American Journal of med. Sciences*, p. 391, octobre 1884).

(4) AUSPITZ, *Archiv. für Dermat. und Syph.*, p. 247. 1869.

(5) VOIR KAPOSI, *loc. cit.*, p. 274.

(6) *Traité des maladies de la peau* (traduction française, p. 235. 1880).



sième édition de son traité, et qui lui avait donné le nom d'*herpes pyæmicus* et d'*herpes puerperalis*, ne l'appelle plus qu'impetigo herpétiformis dans les éditions ultérieures et se contente de reproduire le travail d'Hebra.

Kaposi a repris cette question, d'abord dans ses leçons sur les maladies de la peau, puis dans le mémoire tout récent dont nous avons déjà parlé. Voici quels sont, d'après lui, les caractères distinctifs de l'affection spéciale qu'il désigne après son maître sous le nom d'impetigo herpétiformis. « Le mot *impetigo* implique l'idée de pustules véritables « remplies de pus; le mot *herpétiforme* signifie que ces pustules sont « disposées en groupes ou en rangées qui, comme ceux de l'herpès, « s'étendent d'une manière centrifuge en partant d'un point central. « Cette affection n'a donc rien de commun avec l'herpès, si ce n'est sa « disposition figurée, et il aurait mieux valu l'appeler impetigo circiné « et iris.

« Les caractères fondamentaux de l'éruption sont : 1° l'apparition dès « le début de pustules miliaires superficielles (c'est-à-dire n'intéressant « que les couches épidermiques) de la grosseur d'une tête d'épingle, à « contenu opaque, plus tard jaune verdâtre; 2° la formation constante, « pendant toute la durée de l'affection, de pustules identiques; 3° leur « disposition en groupes ou en amas; 4° l'auréole rouge qui les entoure; leur base est enflammée; leur centre se recouvre de bonne heure « d'une croûte d'un brun sale, pendant qu'apparaissent immédiatement « autour de cette croûte, sous forme de cercle simple, double ou triple, de « nouvelles pustules pareilles aux premières, et ressemblant à des perles; « en se desséchant, elles augmentent graduellement le volume de la « croûte centrale. L'éruption s'étend de la sorte en partant de quelques « points primitifs isolés, situés surtout vers le pli de l'aîne, le nombril, « vers les seins, et le creux axillaire, et finit par couvrir d'assez vastes « surfaces : des foyers voisins se rejoignent. Quand les croûtes tombent, « la peau qu'elles recouvraient est rouge et revêtue d'un épiderme nouveau, ou bien suintante comme dans l'eczéma, infiltrée, lisse ou hérissée de papilles; jamais elle n'est ulcérée. Après trois ou quatre mois « de durée, les téguments sont envahis dans une grande étendue, et le « plus souvent ils sont rouges, brûlants, tuméfiés, recouverts par places « de croûtes entourées çà et là de cercles de pustules; ils présentent de « plus des surfaces fendillées ou exoriées. Dans quelque cas on a vu « survenir une éruption semblable sur la langue, le palais et le pharynx.

« Il y a une élévation de température marquée, symptomatique d'une « fièvre continue rémittente : des frissons annoncent l'apparition de « chaque éruption nouvelle. La langue est sèche, l'état général toujours « grave. »



On en a observé treize cas à la clinique de Vienne, douze chez des femmes qui toutes étaient enceintes et étaient arrivées aux derniers mois de leur grossesse, un seul chez un jeune homme de 20 ans, chez lequel la maladie débuta par les plis inguinaux et qui succomba rapidement (entré le 1<sup>er</sup> mai 1884, mort le 22 mai) (1) à une péritonite tuberculeuse purulente : il était, de plus, atteint d'une ulcération de l'œsophage, d'ostéophytes de la face interne du crâne et d'hydrocéphalie.

Sur les douze cas observés chez les femmes enceintes, neuf se terminèrent par la mort à la première attaque : sur les trois autres malades, deux succombèrent à des récurrences de l'affection ; chez l'une d'entre elles l'éruption se termina deux fois par la guérison : elle ne mourut qu'à la troisième récurrence, dans une troisième grossesse. En somme, on n'a pu encore constater qu'un seul cas de guérison complète. La gravité de la maladie est donc extrême.

L'évolution de la dermatose par poussées successives accompagnées d'élévations de température chez des personnes enceintes, puerpérales ou atteintes de péritonite, a fait penser à l'origine pyohémique de cette curieuse manifestation cutanée. Kaposi, quoique assez disposé à admettre cette hypothèse, fait remarquer que trois autopsies seulement démontrent la réalité de cette pathogénie. On n'a pas d'ailleurs encore trouvé de bactéries spéciales dans le contenu des pustules. D'après Hebra, ce serait une dermatose d'origine réflexe, nerveuse ou vasculaire, au même titre que l'urticaire et que le pemphigus gestationis. On rencontre, en effet, chez les malades qui en sont atteintes, en même temps que les éléments caractéristiques de l'impetigo herpétiformis, de l'érythème, de l'urticaire, des démangeaisons, d'autres phénomènes nettement nerveux tels que des contractions cloniques, des parésies, de l'opisthotonos, des vomissements. Kaposi croit cependant que ces derniers phénomènes qui n'apparaissent que tardivement pourraient bien être secondaires à l'irritation des centres nerveux produite par l'affection cutanée.

En somme, le savant dermatologiste de Vienne est convaincu que l'on se trouve en présence d'une affection spéciale, *sui generis*, qui doit être nettement distinguée de l'herpès iris et circiné et du pemphigus prurigineux et circiné, toutes dermatoses qui n'ont ni les caractères éruptifs, ni le mode d'évolution de l'Impetigo herpétiformis.

Les idées de l'école de Vienne n'ont malheureusement pas été très bien comprises à l'étranger, et cela nous a valu la publication, sous le nom d'Impetigo herpétiformis, de quelques cas qui ne peuvent évidemment pas rentrer dans le cadre précédent. Telle est l'observation

(1) Voir l'observation dans le mémoire de Kaposi, *loc. cit.*



d'Heitzmann (1) dans laquelle il s'agit d'une femme de 52 ans qui n'était pas enceinte et n'avait aucune affection des organes génitaux : cette malade présentait pendant les dix premières semaines une éruption pustuleuse, ou mieux pustulo-bulleuse, avec croûtes centrales par places et cercles de petites pustules périphériques ; puis l'éruption devint nettement bulleuse, en tout semblable à une éruption de pemphigus grave, persista pendant trois mois avec ces derniers caractères et se termina par la mort dans la cachexie. Or, je ne crois pas que l'on soit autorisé à classer une dermatose d'après un simple élément éruptif, surtout lorsque cet élément éruptif n'existe pas pendant toute la durée de l'affection. Il faut aussi tenir compte de l'ensemble de la maladie, de son aspect général, de son évolution. On ne peut ranger le fait précédent dans l'Impetigo herpetiformis d'Hebra, pour cette seule et unique raison que pendant un certain temps on a observé chez la malade en question des éléments éruptifs semblables à ceux de l'Impetigo herpetiformis : Kaposi l'a fort bien compris et il est formel : « C'est, nous dit-il, pendant toute l'évolution de l'impetigo qu'apparaissent les éléments morbides, tous jours identiques à eux-mêmes : jamais on ne constate de bulles vraies. Les malades sont des femmes enceintes et puerpérales. » Or, ces caractères essentiels manquent dans le cas d'Heitzmann.

Il en est à peu près de même du cas de Boardman (2), dans lequel il s'agit d'une femme de 26 ans, reçue le 11 mars 1884 au *Boston lying in Hospital* pour une hémorrhagie consécutive à l'extraction du placenta. Le 14 mars, la température étant très élevée, le pouls rapide, les lochies fétides, on lui fit une injection intra-utérine de sublimé au deux-millième. On la répéta le lendemain matin et le lendemain soir, et l'on fit après chaque injection des insufflations de poudre d'iodoforme dans l'intérieur de l'utérus. Cet état continua avec des aggravations et des rémissions jusqu'au 19 mars, époque à laquelle on vit apparaître une rougeur érythémateuse sur les grandes lèvres et à la partie interne et supérieure des cuisses. Le 20 mars ces régions se recouvrirent d'une éruption vésiculo-papuleuse et pustuleuse, et la rougeur érythémateuse gagna les fesses, les cuisses, la partie inférieure de l'abdomen et les seins. Sur cette base enflammée, les papules et les vésicules se formaient avec la plus grande rapidité. Sur le tronc, l'éruption devint confluyente, l'épiderme fut soulevé par une sérosité assez abondante, de façon à former des bulles flasques qui grandissaient et se rompaient rapidement, laissant à découvert un derme non ulcéré, rouge vif, humide d'abord, puis

(1) C. HEITZMANN, Sur les rapports de l'impetigo herpetiformis avec le pemphigus (*Arch. of Dermat. New York*, p. 37, janvier 1878).

(2) W. E. BOARDMAN, Cas d'impetigo herpetiformis (*Boston med. and surg. Journal*, vol. CXI, n° 14, p. 821, 2 octobre 1884).



présentant une desquamation composée de lamelles larges et minces. Le visage, les bras et les jambes devinrent le siège d'un œdème notable. La desquamation fut très abondante au cuir chevelu, aux avant-bras, aux jambes et aux pieds. La prostration était très marquée. La durée de l'affection fut d'environ trois semaines et la convalescence s'établit très rapidement.

Dans l'analyse que nous avons faite du travail du Dr Boardman, en 1885 (1), nous disions que l'éruption précédente présentait tous les caractères d'une dermatite, à forme bulleuse et érythémateuse, causée par une intoxication quelconque soit médicamenteuse, soit septicémique. Nous sommes toujours du même avis, et nous sommes fort tentés d'incriminer surtout les insufflations d'iodoforme, car l'on n'ignore pas que ce médicament peut donner lieu à des éruptions vésiculo-bulleuses et érythémateuses desquamatives des plus étendues. Mais nous ajoutons que ce fait était comparable aux cas déjà publiés par Hebra et Kaposi sous le nom d'*Impetigo herpetiformis* et qui présentent, ainsi que l'ont si bien établi MM. Besnier et Doyon (2), tous les caractères des éruptions septicémiques ou des dermatites réflexes d'ordre trophique. Nous nous demandions de plus s'il ne fallait pas le ranger dans le groupe nouveau des érythèmes polymorphes infectieux dont ces faits semblent avoir l'extrême gravité, la rapidité d'allures, les symptômes généraux, les manifestations cutanées.

Actuellement, après une étude approfondie de l'*Impetigo herpetiformis* d'Hebra, nous déclarons ne plus pouvoir admettre cette assimilation, et ne pouvoir en aucune façon rapprocher le cas de Boardman du type dont nous venons d'exposer les grandes lignes. L'éruption ne s'est développée qu'après l'accouchement, elle n'a pas présenté de petites pustules avec croûte centrale; elle a été en grande partie érythémato-desquamative; elle n'a eu, en un mot, ni les manifestations cutanées si précises, ni la marche de l'*Impetigo herpetiformis*. Il suffit, d'ailleurs, de lire les remarques dont le Dr Boardman fait suivre son observation pour se convaincre qu'il ne s'est pas rendu un compte très exact de la valeur de l'étiquette qu'il lui a donnée. Il dit, en effet, qu'il croit pouvoir la ranger dans ce petit groupe de faits que l'on a publiés dans ces dernières années sous les noms d'herpes gestationis, herpes vegetans, herpes pyæmicus, herpes circinatus bullosus, herpes impetiginiformis, impetigo herpetiformis et pemphigus pruriginosus. Tous ces termes désignent donc d'après lui des affections similaires!

Nous ne nous arrêterons pas à discuter d'autres faits publiés à tort

(1) Voir *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 242, 1885.

(2) Trad. française de l'ouvrage de Kaposi, t. II, p. 49, note 1.



selon nous sous le nom d'impetigo herpétiforme (1), nous avons tenu à prouver par les exemples qui précèdent combien cette affection avait été mal interprétée en dehors de l'école de Vienne. Nous croyons que Duhring a commis une erreur semblable en l'assimilant à la variété pustuleuse de sa *Dermatitis herpetiformis*. Dès 1885 (2) nous avons protesté contre ces idées : nous avons été heureux de voir que Kaposi, dans son travail, nous fait l'honneur d'attribuer notre article à notre excellent maître M. le Dr E. Besnier, et qu'il approuve toutes nos réserves.

Il nous paraît en effet impossible de faire rentrer l'impetigo herpetiformis d'Hebra dans la variété pustuleuse de la dermatite herpétiforme de Duhring, c'est-à-dire dans notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique. Les seuls caractères communs que présentent ces deux affections, c'est que, dans certains cas de d. p. p. chronique, on observe des éléments éruptifs constitués d'abord par une pustule, puis par une croûte centrale, autour de laquelle se forme une couronne de petites pustules à extension périphérique : or, c'est là l'élément éruptif caractéristique de l'impetigo herpetiformis. De plus, dans l'impetigo herpetiformis, on peut observer des plaques érythémateuses, de l'urticaire, du prurit, tout comme dans la d. p. p. chronique. Cela peut-il suffire pour établir que ces deux affections soient identiques ? D'un côté, dans la d. p. p. chronique, il s'agit (voir plus haut) d'une dermatose essentiellement polymorphe, caractérisée par des poussées successives qui sont loin d'être exclusivement pustuleuses, même dans les variétés dites pustuleuses de la maladie, par un prurit des plus intenses, par une fort longue durée, par la conservation du bon état général : loin de s'aggraver pendant la grossesse, elle s'amende parfois pendant cette période (Obs. IV). De l'autre, dans l'impetigo herpetiformis, il s'agit d'une affection caractérisée d'emblée et pendant toute sa durée par des pustules groupées, à extension progressive, par la coexistence constante de la grossesse, de la puerpéralité ou d'une péritonite purulente, par une marche aiguë ou subaiguë ; enfin par un état général des plus graves, puisque la mort est la règle. Peut-on, nous le demandons encore, par cela seul que l'on rencontre parfois dans certains cas de d. p. p. chronique l'élément éruptif de l'impetigo herpetiformis, identifier deux ordres de faits aussi profondément dissemblables comme étiologie, comme marche, comme physionomie générale ? Nous nous refusons donc complètement à faire rentrer dans la d. p. p. chronique l'impetigo herpetiformis d'Hebra-

(1) Voir le mémoire déjà cité de Kaposi. — Voir également une observation d'A.-R. Robinson, hydroa, impetigo herpetiformis, dermatitis herpetiformis (*Journal of cutaneous and venereal Diseases*, janvier 1885, analysée par nous, *Annales de Dermatologie et de syph.*, p. 241. 1885).

(2) Voir *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 243. 1885.



Kaposi, que nous considérerons, jusqu'à plus ample informé, comme constituant une maladie à part (1).

## 2° HERPES GESTATIONIS.

Sous le nom d'*herpes gestationis*, on a publié depuis les travaux de Milton en 1872 toute une série de faits caractérisés par une éruption polymorphe d'aspect, érythémateuse, vésiculeuse, bulleuse, s'accompagnant constamment de phénomènes subjectifs, tels que sensations de prurit, de brûlure, de cuisson de la plus grande intensité, débutant surtout par les membres supérieurs ou inférieurs : cette éruption procède par poussées successives, s'accompagne de la conservation du bon état général, et ne survient chez les femmes qui y sont prédisposées qu'à propos d'une grossesse, soit dans les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement, soit pendant le cours même de la gestation. Elle a de la tendance à s'aggraver à mesure qu'elle récidive aux grossesses successives. D'ordinaire elle disparaît dans les 15 ou 45 jours qui suivent l'accouchement; mais, dans certains cas, après plusieurs attaques antérieures, elle semble avoir longtemps persisté après la délivrance.

Il est impossible de méconnaître les relations réelles qui existent entre ces faits et ceux de Duhring. Si l'on donne à l'entité morbide à laquelle appartiennent les neuf observations que nous avons citées plus haut le nom de dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, on pourrait, ce nous semble, dénommer l'herpes gestationis *dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse*.

Nous croyons que ces faits doivent être rangés à côté de ceux de Duhring; que le savant dermatologiste de Philadelphie a eu raison d'insister sur les relations étroites qui existent entre eux; mais nous ne pensons pas que l'on soit autorisé à les confondre complètement, sans distinction aucune, dans un seul et même groupe morbide, sous le nom commun de dermatite herpétiforme.

Nous les décrirons donc à part, à côté de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, et, jusqu'à plus ample informé, nous les regarderons comme constituant un autre groupe distinct (2).

(A suivre.)

(1) Les réserves que nous venons de formuler ont été déjà émises en grande partie par certains dermatologistes américains, entre autres par Pr. A. Morrow (*New York dermatological Society*, 23 février 1886. — Voir *Journal of cut. and ven. Diseases*, p. 121). — SHERWELL, PIFFARD, *Ibid.* et *American dermatological Association*, 2 septembre 1887, etc...

(2) Voir dans la quatrième partie de ce travail la discussion complète de ces idées.



## II

### DEUX CAS DE TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DE LA PEAU. — DU TRAITEMENT IODOFORMÉ APPLIQUÉ PAR LA MÉTHODE HYPODERMIQUE A LA SCROFULO-TUBERCULOSE CUTANÉE NON ULCÉRATIVE,

Par **A. MOREL-LAVALLÉE,**

Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

#### I.

Le 8 juillet dernier, nous présentons à la Société médicale des hôpitaux, au nom de notre cher maître, M. le professeur Fournier, le malade qui fait l'objet de notre observation I, et dont va suivre l'histoire, publiée déjà en partie dans le *Bulletin médical* du 20 juillet 1887.

#### OBSERVATION I.

##### *Lupus de la main. — Lymphangite gommeuse de l'avant-bras et du bras, de nature scrofulo-tuberculeuse.*

Cet homme est entré à la salle Saint-Louis le 5 février 1887 : il est alors pâle et maigre ; son père est mort tuberculeux, il y a 10 ans ; sa mère tousse et aurait une fistule à l'anus. Lui-même a eu à diverses reprises, à 6 ans et à 10 ans, des foyers multiples d'ostéites scrofulo-tuberculeuses, dont il porte les traces sous forme de cicatrices froncées, déprimées, adhérentes aux os. (Eaux de Forges, toniques, etc.; guérison; intégrité des organes respiratoires.)

Il n'a jamais contracté la syphilis ; pas de stigmates d'hérédité de cet ordre.

Six mois (?) avant son entrée à l'hôpital, le 5 février 1887, sur la cicatrice d'une ancienne lésion strumeuse, à la face dorsale de la main droite, apparut un « petit bouton » suintant, qui bientôt s'étendit d'une façon serpiginieuse, pour gagner toute la face dorsale de la main et du poignet, puis tout le poignet et la partie inférieure de l'avant-bras, pour en arriver à constituer la lésion telle qu'elle est reproduite au musée de Saint-Louis, N<sup>os</sup> 1224 et 1225.

L'aspect objectif est celui d'une *scrofulide végétante*, d'une tuberculose cutanée de forme *verruqueuse*. Sur un fond rouge, mollasse, livide, infiltré, s'élève un amas de croûtes jaune sale, souillées de pus, irrégulières, mal stratifiées, assez adhérentes. En dessous d'elles, la peau est ou bien à peine



érodée (mais infiltrée) ou bien le siège de végétations papillomatenses, mamelonnées, grisâtres, bourgeonnantes. Par places, les croûtes sont agglomérées, plus épaisses. Autour d'elles, la peau est enflammée, turgescence, mais d'un rouge violacé. Ailleurs, on voit des tuméfactions dépressibles, quelquefois fluctuantes, et donnant la sensation ou d'un abcès ou d'un contenu semi-fluide et gommeux.

Le pourtour de la région alcéro-croûteuse est marqué par un liséré livide assez large, ni festonné, ni figuré, et qui déteint en haut sur la peau voisine.

Celle-ci serait, depuis 3 mois seulement (?), le siège des lésions qui restent à indiquer.

Du poignet à la région deltoïdienne, la face antérieure du membre est occupée par une série de nodosités ; les unes émergent à peine de la nappe d'infiltration rougeâtre qui se confond avec les lésions précédentes ; les autres, plus haut, sont des nodules pisiformes, enchâssés dans le derme ; sur eux la peau est, tantôt normale, tantôt adhérente et rougeâtre, tantôt surélevée et ulcérée en forme de furoncle, et tantôt offre absolument l'aspect de syphilides tuberculo-ou pustulo-croûteuses. Plus on monte vers le deltoïde, plus ces tumeurs deviennent grosses et fluctuantes. Remarquer qu'elles sont rangées en séries verticales, et particulièrement en trois séries verticales, formant de véritables cordons interrompus. C'est donc là une vraie « lymphangite gommeuse ». Celle-ci aboutit à des ganglions axillaires volumineux et douloureux. La plus forte des gommages ci-dessus décrites, grosse comme une mandarine, siège vers le milieu du bord interne du cubitus, sous la peau, qui est saine et non adhérente.

On constate en outre :

Une tumeur d'aspect également gommeux sous la peau de la jambe droite, datant d'environ un an.

A la joue droite, une fistule sous-cutanée, à bords relevés, infiltrés et livides, un type de fistule écrouelleuse des enfants.

Intégrité absolue des organes viscéraux, notamment des poumons.

Le diagnostic porté par tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis est « scrofulo-tuberculose, scrofulide, tuberculose cutanée, lupus et lymphangite tuberculeuse ».

Poursuivons :

*En février.* — Traitement ioduré (3 gr.), résultat nul.

*5 mars.* — Le malade a maigri, toussé légèrement.

Respiration rude, expiration prolongée, élasticité moindre au sommet droit.

On cesse l'iode, on ordonne de l'arséniate de soude.

Injections d'éther iodoformé dans les tumeurs du bras les plus fluctuantes. La peau se sphacèle, s'élimine ; le fond s'exhausse et devient verruqueux, quasi papillomateux, avec croûtelles suintantes.

*Avril.* — L'aspect du poignet et de la main est le même.

Deux hémoptysies à trois jours d'intervalle ; râles humides, bulleux aux deux sommets, surtout à droite. Ces signes s'atténuent graduellement dans les quinze jours qui suivent.

*13 mai.* On fait tous les matins à la racine du membre malade deux injections en même temps, chacune d'une seringue de Pravaz, de vaseline liquide d'Albin Meunier, de Lyon ; cette vaseline contenait en dissolution, les premiers jours, de l'eucalyptol iodoformé, ensuite de l'iodoforme seul à



1 0/0. L'injection, faite très profondément, n'est aucunement douloureuse; au bout de quelques heures on n'en peut plus trouver la trace. Cela permet de faire tous les jours les deux injections au même endroit, à savoir dans la région humérale postérieure du même côté.

Fait remarquable: le malade, qui, à la suite de l'injection, dans ses tumeurs gommeuses, d'éther iodoformé, avait nettement perçu le goût de l'iode dans sa bouche, ne le sentit pas une seule fois après ces injections de vaseline, non plus, du reste, qu'il n'accusa le goût ou l'odeur de l'eucalyptol employé dans les premiers jours pour ce même mode de traitement.

Jusqu'au 26 mai, on fit ainsi treize jours de suite l'injection intramusculaire de deux seringues (quatre centimètres cubes) de vaseline, soit de quatre centigrammes d'iodoforme dissous.

26 mai. — Depuis un mois le malade a gagné quatre kilogrammes.

Il tousse peu, ne crache pas.

Poumons. Le sommet gauche est absolument sain. A droite, élasticité et sonorité moindres. Voix et vibrations normales. Expiration rude.

Localement, les saillies papillomateuses de la nappe d'infiltration carpo-métacarpienne s'affaissent; à sa limite supérieure, cette nappe s'aplatit et sa couleur violacée se perd dans un tissu blanchâtre de cicatrice. (On dirait une zone de lupus érythémateux en voie de guérison spontanée.)

En bas, vers les espaces interdigitaux, on voit encore quelques papulopustules mollasses, violacées, croûteuses, mais moins saillantes, moins tendues, ne menaçant plus de s'ouvrir.

Au-dessus de la tête du radius, vers l'extrémité de la zone en voie de cicatrisation, une gomme assez volumineuse est en train de se résorber.

Au bord externe du pouce, une petite gomme superficielle, en bissac, très tendue, menaçait de crever. On pensait qu'elle deviendrait végétante comme celle de la région deltoïdienne. Elle vient de s'ouvrir, mais s'affaisse sans exubérer; elle se recouvre d'une croûte.

En remontant jusqu'au haut du bras, on voit que toutes les nodosités sont en voie d'affaissement, quelques-unes en voie de cicatrisation; les cicatrices sont violacées, livides, non gaufrées, d'aspect strumeux, formant une faible saillie qui décroît de jour en jour. La plus large de ces cicatrices, irrégulière mais presque plane, remplace l'une des gommages pré-deltoïdiennes devenues ulcérées et végétantes après l'injection d'éther iodoformé.

La gomme sise le long du cubitus n'a pas changé, quoiqu'un peu moins tendue.

On ne sent pas de cordons lymphangitiques le long du bras.

Ganglions axillaires droits gros comme des noisettes, saillants, non douloureux, non adhérents, roulant sous le doigt.

Adénopathie axillaire gauche légère, inguinale ou cervicale, nulle,

Même état de la gomme de la jambe et de la joue; celle-ci n'est en rien améliorée.

26 mai. — Le malade sort pour quinze jours.

Il rentre quinze jours après et subit une nouvelle série d'injections sous-cutanées de vaseline liquide iodoformée, tous les jours, jusqu'au 8 juillet.

8 juillet. — État général aussi bon qu'à la sortie, le poids est le même. Poumons, rien autre que de la rudesse expiratoire et un peu d'obscurité des deux côtés.

*Lésions cutanées.* — Le processus d'affaissement et de résorption des tumeurs lymphangitiques continue. Mais, ce qu'il y a de plus remarquable,



c'est que toute la surface autrefois recouverte par les saillies verruqueuses et croûteuses à la main et à l'avant-bras est aujourd'hui sans squames ni ulcérations, aplanie, sans saillie, presque nette, d'un rouge violet, mais moins vif, moins inflammatoire.

La peau est souple, surtout à la périphérie.

Cependant, aux racines des doigts, on trouve trois ou quatre saillies pisi-formes, mollasses, rappelant le lichen à grosses papules et qui paraissent de production récente. Il en est une nouvelle, analogue, à la joue droite, près de la fistulette préexistant en cet endroit.

30 juillet. — L'amélioration locale avait été telle, dès le 22 juin, qu'à cette époque le malade a pu reprendre l'usage de sa main et s'employer depuis lors, dans l'hôpital, à des travaux de serrurerie. Pendant ce laps de temps, et à cause peut-être de la fatigue due à cette reprise du travail, son poids a diminué de deux kilogrammes (55<sup>kg</sup>,300). Ajoutons que l'hôpital lui pèse et que son appétit diminue.

Les injections de vaseline iodoformée ont été continuées jusqu'à ce jour, d'abord toujours à la racine du bras, puis, ce point devenant légèrement sensible à la longue, dans l'épaisseur de la masse musculaire du dos.

L'état général est aussi bon que possible : ni expectoration, ni toux. La respiration est seulement un peu rude aux sommets, surtout à droite. Les ganglions axillaires, à droite comme à gauche, ont continué à diminuer de volume.

Localement, l'amélioration du placard lupique principal (face dorsale de la main) s'est encore accentuée. Sur les bords, là surtout où le progrès est le plus appréciable, la peau demeure couverte de macules livides ; mais c'est à peine s'il reste un état rugueux comme vestige des tubercules, que l'on ne retrouve plus agglomérés qu'à la racine des doigts. Là se voient encore de petits noyaux satellites, foyers toujours en activité.

Au bras, il n'y a plus que deux des petites masses mollasses et rougeâtres qui aient survécu (et un nodule caséiforme au pli du coude) ; partout ailleurs elles ont été remplacées par des cicatrices vineuses, irrégulières, « strumeuses. » La gomme de la région cubitale est toujours dans le même état ; peau ni adhérente ni altérée.

Il en est de même de la gomme sous-cutanée de la jambe droite.

La partie la moins améliorée est certainement la joue, où se voit toujours la fistulette livide, qui s'est cependant affaissée. Près d'elle est une nodosité pisiforme, mollasse, « tubercule nodulaire » de M. Vidal.

C'est dans ces conditions que le malade quitte l'hôpital (30 juillet).

Ainsi, dans l'espace de deux mois, l'énorme lésion de la main et de l'avant-bras a subi une régression telle qu'on peut dire que dans la plus grande partie de son étendue elle touche au terme de la guérison par résolution, absolument comme l'eût fait un syphilome en nappe récent, sous l'influence de l'iodure. Parallèlement, les gommages lymphangitiques s'affaissaient et les poumons recouvraient presque leur fonctionnement normal.

Cette amélioration extraordinaire a coïncidé avec l'emploi — fait pendant deux séries, l'une de deux semaines, l'autre de trois environ — d'injections sous-cutanées d'iodoforme dissous dans la vaseline liquide.



Disons toutefois que le processus de néoplasie (vraisemblablement tuberculeuse) n'est pas absolument enrayé, puisque de nouvelles éruptions papuleuses se montrent vers les doigts et à la joue ; que d'ailleurs la respiration reste rude, etc.

Il n'en persiste pas moins ce fait de la guérison « aiguë » d'une lésion d'aspect scrofulo-tuberculeux, et rappelant même plutôt la tuberculose vraie, le tubercule anatomique géant, que le lupus ; et cette guérison, fut-elle temporaire, n'en est pas moins extraordinaire, quelle que soit la part qu'y aient eue les injections sous-cutanées de vaseline liquide iodoformée.

Cette observation était intéressante à bien des points de vue : il s'agissait manifestement d'une tuberculo-scrofulide ayant été le point de départ d'une lymphangite gommeuse de même nature. Tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis avaient, sans hésiter, considéré comme étant d'ordre scrofulo-tuberculeux la lésion squamo-croûteuse, papillomateuse de la main ; or, le 30 mars, c'est-à-dire plus de *trois mois* auparavant, nous nous étions livré aux expériences suivantes :

Plusieurs des tumeurs gommeuses du bras menaçaient de s'ouvrir ; avec les précautions antiseptiques de rigueur, nous y avions, à l'aide d'une pipette stérilisée et brisée sur la lampe à alcool, aspiré du pus avant qu'il n'eût été en communication avec l'air extérieur.

Ce pus, nous l'avions (en l'absence de notre ami M. Darier, chef du laboratoire de la clinique à l'hôpital Saint-Louis) examiné au point de vue de la recherche du bacille tuberculeux, de concert avec notre ami le Dr E. Deschamps ; nous avions fait une vingtaine de préparations, mais nous n'avons pu retrouver un seul bacille.

Le lendemain 31 mars, nous avions pris de ce pus, délayé dans du sérum glyciné, et en avions injecté une seringue de Pravaz dans le péritoine de deux cobayes (une seringue par cobaye). Quatre mois après, ces cobayes étaient *encore en état de parfaite santé apparente*. Des cultures avaient été tentées sur du bouillon de poulet additionné de gélose et de glycérine, avec le pus recueilli comme nous l'avons indiqué plus haut ; elles étaient demeurées stériles.

En face de cette série de résultats négatifs (bien qu'encore incomplets), la majorité des membres présents à la Société médicale des hôpitaux parut se refuser à admettre à priori, et d'après le seul aspect objectif, le diagnostic de tuberculose cutanée, malgré l'apparition de symptômes pulmonaires, et frappés surtout de l'insolite et rapide amélioration présentée par le malade, — amélioration dont faisait foi le moulage de la lésion, effectué lors de l'arrivée du patient à l'hôpital.

Peu de temps après, cependant, nous devions avoir les preuves scientifiques de la nature tuberculeuse de cette affection.



A. — Le 21 juillet, le malade consent enfin à se laisser exciser un petit tubercule isolé auprès du grand placard du dos de la main. L'examen histologique en a été fait par notre ami M. Darier, qui a bien voulu nous communiquer à ce sujet la note ci-après :

« Sur les coupes colorées au picrocarminate, on voit qu'il s'agit d'un nodule lupique du volume d'un grain de mil enchassé dans le derme. L'épiderme est épaissi dans toutes ses couches. Les papilles, allongées dans le voisinage du tubercule, sont complètement effacées à sa surface. Le nodule est nettement limité sur tout son pourtour; il est composé de cellules embryonnaires, rondes ou fusiformes, groupées en amas serrés sur certains points, formant ainsi des follicules au centre desquels se voit souvent une cellule géante.

« C'est, en somme, un *tubercule type de lupus vulgaire*.

« Sur plusieurs coupes, traitées par la méthode d'Erich-Weigert, pas de bacilles. »

Ainsi, cette lymphangite tuberculeuse se reproduit à son pourtour sous forme de lupus type.

B. — Le 25 juillet, c'est-à-dire près de quatre mois après les inoculations, un des cobayes a été sacrifié par le Dr E. Deschamps, à l'obligeance de qui nous devons la relation suivante de l'autopsie.

Les cobayes ont tous deux très bonne apparence; ils sont gais, vifs et mangent bien (1); cependant ils sont maigres, et, vers le 15 juillet, nous constatons que l'un d'eux porte dans chaque aine une tumeur irrégulière, bosselée et plus grosse à droite. Cette tumeur, ainsi que nous le montre l'autopsie, est un abcès ganglionnaire caséeux.

Nous trouvons aussi de nombreux ganglions caséux dans le mésentère, dans les épiploons, et particulièrement l'épiploon gastro-hépatique. Les ganglions trachéo-bronchiques sont aussi très volumineux; quelques-uns sont caséux.

La rate est criblée de granulations caséuses et doublée de volume.

Quelques tubercules dans le foie. Rien d'apparent dans les autres viscères.

Le pus des abcès caséux renferme des bacilles tuberculeux, néanmoins nous le délayons dans de l'eau distillée et stérilisée, et nous inoculons avec ce liquide deux nouveaux cobayes, bien que la présence du bacille nous semble devoir être une preuve suffisante de la nature tuberculeuse de ces abcès.

Dans l'aine droite de l'autre cobaye on peut aussi noter, comme chez le premier, une tumeur ganglionnaire; mais elle est évidemment au début, et son volume atteint à peine le quart du volume qu'avait l'adénopathie constatée chez l'animal que nous avons sacrifié.

Le second cobaye avait été réintégré dans le laboratoire de la Faculté

(1) Cela, 17 jours après la présentation du malade à la Société des hôpitaux, à laquelle nous avons dû, par conséquent, déclarer que le résultat des inoculations était jusqu'alors négatif, comme aussi celui des cultures essayées.



à Saint-Louis; il survécut jusqu'au 20 septembre, c'est-à-dire près de six mois après l'inoculation. Au cinquième mois, il avait maigri, puis repris de l'embonpoint dans les trois dernières semaines.

Voici le résumé de l'autopsie, pratiquée par notre ami M. Darier, chef du laboratoire :

Poids du cobaye, 363 grammes.

Pas de lésion localisée au point d'inoculation.

Les ganglions sous-cutanés de l'aîne sont des deux côtés très augmentés de volume, infiltrés de nodules caséux. Dans la cavité abdominale pas de péritonite, pas d'adhérences. Les ganglions mésentériques, les ganglions prélobaires et les ganglions iliaques sont presque tous énormément tuméfiés et caséux.

Pas de lésion apparente des viscères, sauf un nodule tuberculeux du côlon transverse, n'intéressant même pas la muqueuse, et un abcès caséux de l'épididyme droit.

Tous les autres organes sont sains, notamment la rate, qui est toute petite et non friable; le foie et les poumons ne renferment pas de tubercules.

Dans la cavité thoracique, quelques ganglions péricarionaux sont infiltrés de tubercules.

*Examen histologique.* — Les coupes des ganglions malades, colorées au picrocarminate, montrent de gros nodules caséux plus ou moins confluent.

*Examen bactériologique.* — Sur des lamelles préparées avec le suc des ganglions mésentériques, on trouve, par la méthode d'Erlich-Weigert, des bacilles en très petit nombre (un ou deux seulement par lamelle). — Les coupes en renferment fort peu également (huit ou dix par coupe).

En résumé : *tuberculose presque uniquement ganglionnaire à marche lente, et avec peu de bacilles.*

Dans l'observation qui précède, nous voyons un point particulier à relever : notre malade, issu de souche tuberculeuse, est atteint d'ostéite scrofuleuses multiples, récidivantes et prolongées, depuis l'âge de six ans; ses poumons restent sains; à 26 ans, il se fait une lésion tuberculeuse de la peau (quelle que soit son origine : inoculation de l'extérieur; auto-colonisation à la suite d'un traumatisme); trois mois après, lymphangite, adénopathie; au bout de trois autres mois, hémoptysies, signes d'infection pulmonaire et bi-pulmonaire. Pourquoi cette infection secondaire des poumons seulement quand la peau a été intéressée? Parce que celle-ci est plus riche en vaisseaux absorbants que les tissus osseux et cellulaire? C'est possible, mais remarquons que : 1° les ulcérations tuberculeuses vraies du tégument externe ou muqueux sont surtout fréquentes chez les tuberculeux à une période avancée, par conséquent, le plus souvent elles sont secondaires (1); 2° une foule de lésions scrofulo-tuberculeuses de la peau subsistent pendant très longtemps sans donner lieu à des infections consécutives.

(1) D'aucuns disent « toujours ». Voyez M. Vallas, *Thèse doct.* Lyon, 1887.



L'interprétation de ces faits nous forcerait à entamer une discussion que nous ne voulons pas aborder ici; contentons-nous de rappeler en passant l'attention sur eux.

En dernier lieu, l'évolution de la tuberculose cutanée dans notre cas, sa tendance à une rapide amélioration, soulevaient un problème thérapeutique curieux, puisque le hasard nous avait conduit ici à un traitement que ne justifiait à l'avance aucune donnée théorique. En effet, que nous était-il arrivé? Nous avions, dans les tumeurs gommeuses du bras les plus fluctuantes, fait des injections d'éther iodoformé. Soit que ces gommages fussent trop « mûres », soit qu'il y ait eu faute opératoire de notre part, toujours est-il que la peau s'était sphacélée, puis éliminée; qu'alors le fond de la plaie avait bourgeonné, était devenu végétant, papillomateux; que ces bourgeons mollasses et exhubérants n'avaient pas été modifiés par les applications quotidiennes de pommade iodoformée, tandis que sous l'influence de pansements à l'iodoforme pur renouvelés tous les trois jours ils s'étaient assez vite affaissés, puis cicatrisés.

Cette bienfaisante action de l'iodoforme différemment employé nous donna l'idée d'en injecter une solution *autour* des infiltrations lymphagiques, dans la pensée qu'il agirait peut-être comme un résolutif local. Mais, vu la répugnance du patient à se laisser de nouveau faire des piqûres au niveau des parties malades, nous fîmes les injections — avec moins d'espoir, il est vrai — à la racine du membre intéressé, dans les muscles postérieurs de l'épaule, et nous employâmes la solution de vaseline liquide iodoformée à 1 0/0 de Meunier. (Peu de temps après nous pûmes faire préparer une solution semblable à la pharmacie de Saint-Louis.)

Après les treize premiers jours de ce traitement, l'amélioration était vraiment surprenante comme état général et surtout local. Elle continua avec la même rapidité pendant l'espace de deux mois, jusqu'à la sortie du malade. Nous disons amélioration et non guérison. Ce processus « aigu » de guérison d'une tuberculose verruqueuse (disions-nous en présentant le malade à la Société médicale des hôpitaux, au nom de M. le professeur Fournier) est véritablement extraordinaire, cette guérison ne fût-elle que locale et temporaire, quelle que soit la part qu'y aient eue les injections de vaseline liquide iodoformée avec lesquelles elle a coïncidé. Et nous croyions d'autant moins à la réalité de cette action thérapeutique, que : 1° le malade ne recevait par jour que la minime dose de deux centigrammes d'iodoforme, et cela pendant treize jours la première fois, pendant un mois la seconde; 2° que ces injections n'étaient faites ni *dans* les lésions tuberculeuses, ni même *alentour*, mais à une certaine distance, à la racine du membre malade.



De nouvelles observations allaient nous prouver que nous étions dans l'erreur.

En effet, quelques jours après que notre malade eût quitté l'hôpital, nous y voyions entrer une femme atteinte de la même forme de tuberculose cutanée, mais chez qui cette affection avait débuté jadis par une carie des os de la main. Le même traitement empiriquement appliqué chez elle allait-il nous donner d'aussi heureux résultats ? C'est ce que va nous apprendre l'observation :

Obs. II. — Arthémise T..., 21 ans, domestique, entre le 6 août 1887 dans le service de M. Fournier, pour des lésions osseuses et cutanées du bras gauche. Sa santé générale est excellente; la veille encore elle travaillait comme bonne à tout faire.

Elle a encore ses parents, et deux sœurs ayant 23 et 17 ans. Tous sont en bonne santé. Personne dans la famille ne tousse ou n'a eu de maladies de peau.

Notre malade a le facies strumeux : nez épaté, cicatrices écrouelleuses au cou à gauche; leucome de l'œil droit. Voici ses antécédents :

A 4 ans a débuté, peu après une rougeole, une ostéite de la région métacarpo-phalangienne gauche (qu'on appelait *humeurs froides*), et qui, depuis lors, a évolué petit à petit jusqu'à l'état actuel. (Voir plus loin.)

Quatre ans après (à 8 ans), lésion cutanée ayant laissé à la face dorsale de l'avant-bras gauche une cicatrice sans caractères particuliers. — Presque à la même époque elle faisait une maladie à symptômes cérébraux convulsifs qui mit pendant un mois sa vie en danger.

A 12 ans, nouveaux accidents :

1° Kératite droite qui la rendit borgne pendant trois mois et a laissé une tache persistante (kératite interstitielle);

2° Ulcération précervico-claviculaire dont il est resté une cicatrice de 5 doigts de long, blanche, couturée, irrégulière et provenant sans doute de la fusion de plusieurs ulcérations primitivement orbiculaires;

3° Écrouelle ganglionnaire cervicale gauche dont nous avons mentionné les traces.

Il y a 18 mois (19 ans et demi), apparition au coude d'une lésion qui s'est, dit-elle, ulcérée puis recouverte d'un tissu rougeâtre, dont nous allons parler.

*État actuel.* — *Main.* — De la racine du médius au bord cubital du 5<sup>e</sup> métacarpien s'étend un placard à contours irréguliers, vagues, non figurés, à surface faiblement mamelonnée, recouverte de croûtelles et de squamules qui masquent incomplètement la couleur violacée du fond. Cette coloration livide est surtout accusée à la périphérie de la lésion, et là la peau est amincie. En somme, l'aspect est celui d'un *lupus papillomateux*.

Ce placard lupique mesure 6 centimètres sur le dos de la main : il sous-tend en écharpe les deux derniers doigts, qui présentent les déformations suivantes : l'annulaire est en flexion forcée, comme dans la maladie de Dupuytren ; seulement, au point supérieur d'insertion de la bride, une petite plaque lupique indique ici l'origine du processus. — L'auriculaire n'est plus représenté que par l'ongle et par une portion de la phalange unguéale, qui se trouve au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes voisines ; la tête du métacarpien a vraisemblablement disparu aussi en partie.



Il y a donc là une mutilation qui s'est accomplie progressivement, en l'espace d'une quinzaine d'années, par suite de l'élimination des fragments osseux cariés du squelette du 5<sup>e</sup> doigt.

*Face dorsale de l'avant-bras.* — Nous y avons signalé une cicatrice blanche non adhérente au squelette.

*Au coude* se trouvent des lésions cutanées de production plus récente; voici en quoi elles consistent:

Au-dessus de l'épicondyle est une tache rouge jaune, légèrement transparente par places, livide sur les bords, qui sont irréguliers et mal limités. C'est une agglomération de saillies mollasses, croûteuses, inégales, si bien que la moitié de la surface de la lésion est affaissée et comme en voie de résorption. — Au dire de la malade, ce néoplasme, dont le plus grand diamètre est de deux centimètres et demi, se serait développé sur une ulcération aujourd'hui fermée.

Au-dessus de cette plaque de lupus se trouvent deux petits nodules pisi-formes, et entourant le tout, un semis de granulations miliaires rougeâtres.

Aucune sensibilité dans cette région; pas de ganglions axillaires ni à droite ni à gauche. L'examen du thorax est négatif.

L'état général est très bon.

Pas d'amaigrissement.

Poids 51<sup>kg</sup>,500 (11 août).

Le traitement consistera exclusivement en ceci: on fera tous les jours à la malade 2 injections d'un gramme de vaseline iodoformée: l'une au côté du coude, au voisinage du placard lupique récent, l'autre dans les muscles du dos.

19 août. — Les injections sont très bien supportées; elles ne sont pas douloureuses, sont très vite absorbées, on n'en retrouve pas de traces après 24 heures. Les lésions du coude ont subi des changements surprenants: la partie externe de la grosse lésion a pâli et s'est affaissée, si bien qu'elle se trouve de niveau avec la peau saine, tandis qu'elle est séparée du reste de la surface lupéuse par un rebord saillant et violacé. — Les nodosités éparses dans les parties voisines ont aussi pâli et forment un relief moins accentué. Seule, la lésion de la main n'a pas bougé.

29 août. — L'amélioration progressive est moins marquée que dans les premiers jours; l'affaissement du placard lupique du coude continue cependant, de dehors en dedans, mais pas si vite qu'au début, où l'on gagnait deux millimètres en trois jours.

La malade sort vers la mi-septembre.

Elle doit continuer le traitement chez elle:

5 octobre. — État général excellent: poids 52<sup>kg</sup>,500.

Un kilogramme de plus qu'au 11 août, avant le traitement. — La partie inférieure de l'humérus, profondément, semble doublée par un empiètement dû sans doute aux injections répétées dans le même point. — Elles seront faites, à l'avenir, uniquement dans le dos.

La lésion principale du coude paraît avoir perdu de son étendue: ses 2/3 externes sont déprimés, plats et fibroïdes, bien que pigmentés en gris violet, et présentant encore à la périphérie un piqueté rougeâtre de nodules miliaires non guéris. Le 1/3 interne, presque aplati également, a conservé sa coloration lupéuse et son aspect tuberculo-squameux.

Autour, les granulations éparses dans la peau saine ont, les plus petites du moins, perdu leur coloration livide; les plus grosses sont de niveau avec



la peau voisine (tel est le nodule pisiforme signalé au-dessous de l'interligne articulaire).

Le placard tuberculeux du dos de la main est peu modifié, ses bords sont seulement un peu décolorés et aplatis...

Ainsi donc là encore le traitement par injections sous-cutanées d'iodoforme a produit en dix-huit jours, mais surtout dans la première semaine, une amélioration considérable des lésions locales, tandis que l'état général de la malade était et se maintenait intact.

Il y avait donc peut-être là plus qu'une coïncidence, et l'essai devait être continué. Il paraissait avoir réussi pour la tuberculose cutanée dite « verruqueuse », allait-il en être de même pour d'autres formes de cette affection ? Nous résolûmes alors de le tenter :

1° Dans le lupus tuberculeux ;

2° Dans les « ulcérations tuberculeuses » proprement dites de la peau, c'est-à-dire dans la seule variété de lésion ulcéreuse qu'avant ces dernières années on reconnaît à la tuberculose le pouvoir de produire.

Voici le résultat de ces expériences.

## II.

Obs. III. — *Lupus tuberculeux de la joue.* (Recueillie par M. Hudelo, interne du service.)

Marie M..., 16 ans, salle Henri IV, n° 10.

*Antécédents héréditaires.* — Rien à noter.

*Antécédents personnels.* — Peu de renseignements : a eu le « carreau », dans l'enfance.

Début de la maladie à l'âge de 5 ans, par une plaque rouge, non saillante, qui, de la région masséterine, s'est étendue à toute la moitié postérieure de la joue droite. A un certain moment, il y aurait eu à ce niveau une collection fluctuante ouverte par un médecin.

État stationnaire depuis plusieurs années. L'enfant entre à l'hôpital le 7 juin 1887 ; elle est petite, faiblement constituée, peu intelligente ; — facies strumeux. De la région préauriculaire à l'apophyse malaire est un quadrilatère à grands côtés verticaux dont l'aire, limitée par un contour gris rougeâtre irrégulier, est couverte d'ulcérations déprimées, livides, croûteuses et d'un si mauvais aspect qu'avant d'essayer le moindre traitement local actif nous instituons une médication tonique générale, et nous nous contentons d'abord d'applications émollientes pour déterger la lésion.

Ce n'est que le 3 août que, constatant la profondeur où s'enfonce l'infiltration lupique et redoutant la perte de substance consécutive à l'intervention chirurgicale dans ce cas (il aurait fallu gratter très loin à la curette, les scarifications n'auraient pas suffi), — nous décidons d'employer chez cette enfant les injections sous-cutanées d'iodoforme, faites ici avec la solution d'Albin Meunier, dans la vaseline liquide, à la dose de deux seringues de Pravaz par jour (deux centigrammes), et faites, non pas localement, mais dans la masse musculaire du dos.



Aucun traitement local ne sera plus appliqué. Voici l'aspect de la lésion :

Son niveau général est surélevé ; la surface présente des saillies rougeâtres, bosselées, irrégulières, séparées par quelques sillons plus pâles et déprimés, dus à des bandes de tissu cicatriciel. — Au toucher, elle est mollassse, inégale. Ses contours, un peu saillants, offrent de distance en distance des nodules tuberculeux, gros comme des lentilles, d'un rouge jaunâtre, et recouverts parfois de croûtes verdâtres d'où le grattage fait sourdre des gouttelettes de muco-pus. Des nodosités analogues, faisant saillie, se voient également au centre de la plaque.

Pas d'adénopathies ni d'autres lésions sur le corps.

15 août. — La plupart des saillies tuberculeuses se sont à ce point affaissées que le niveau général du placard correspond presque à celui de la peau saine, exception faite pour une grosse nodosité au centre et une autre à l'angle postéro-inférieur. — La coloration vineuse a pâli.

2 septembre. — Amélioration progressive ; atténuation de la rougeur. Des plaques blanches de tissu cicatriciel se voient dans l'aire de la lésion ; elles envoient des bandes scléreuses qui séparent et compriment des nodosités jaunâtres en voie d'affaissement. — Il n'y a plus que trois ulcérations croûteuses, et leur fond s'exhausse.

20 septembre. — Le placard lupeux est affaissé dans son ensemble, déprimé même par places ; la coloration générale en est rosée, blanche même en arrière, sauf quelques îlots rougeâtres miliaires. Le doigt, promené sur la surface, éprouve une sensation de résistance, de dureté fibreuse. Il n'y a plus qu'une seule tache rouge ramollie et ulcérée, et en voie de cicatrisation. Au niveau des anciens tubercules nodulaires, la peau, lisse, scléreuse et surélevée, forme de petites éleveures lenticulaires d'où rayonnent des stries fibreuses.

La périphérie se continue avec la peau saine sans autre délimitation qu'un aspect un peu nacré.

23 septembre. — L'enfant quitte l'hôpital en *pleine voie* de guérison ; mais il est évident que les îlots grenus jaunâtres sont encore des foyers tuberculeux en état de torpidité, sinon d'activité.

#### Obs. IV (résumée). — *Lupus de la face.*

Ernestine C..., 15 ans, entrée le 19 août 1887, salle Henri IV, n° 20.

Antécédents héréditaires : Rien à noter.

Antécédents personnels : n'a jamais été malade (sauf la coqueluche, étant petite) avant l'âge de 11 ans ; à cette époque, elle eut coup sur coup, en deux mois, trois poussées d'érysipèle de la face.

Depuis, maux d'yeux et d'oreilles persistants. — Adénopathies multiples... A été élevée à la campagne.

Début de l'affection actuelle, il y a 4 ans et demi, à la joue droite, par un bouton, qui bientôt devint croûteux, puis la croûte tomba en mettant à nu une surface rougeâtre. Un mois après, la joue gauche se prit, puis le nez ; il n'y a guère qu'un an que la lèvre supérieure est intéressée. La lésion, restée plane et unie les deux premières années, se recouvrit ensuite de végétations saillantes, comme nous la voyons aujourd'hui.

Sur chaque joue est un placard lupeux rouge jaune, saillant, croûteux,



à bords irréguliers mais nettement dessinés par l'intensité cramoisie de la coloration, et d'une dimension de 3 à 4 centimètres de diamètre.

Au nez, le lupus est turgescant, bourgeonnant, mamelonné, hérissé de végétations en choux-fleurs, rouge foncé ou recouvertes de croûtes sanguinolentes. Ce néoplasme masque l'entrée des fosses nasales; à droite, la lésion se confond avec celle de la joue; en haut, elle est séparée de la peau saine par un liseré congestif violacé. Intérieurement, la sous-cloison est intéressée dans toute sa hauteur. — En bas, la lèvre supérieure présente une infiltration rouge, aplatie, sèche et non croûteuse.

Pas de douleur ni de suintement sanguin. Adénopathies sous-maxillaires.

Examen des viscères : négatif.

On commence le traitement par les calaplasmes et les douches de vapeur pour déterger. Puis on circonscrit la lésion nasale par un cercle de pointes de feu très fines. Cette application du thermocautère a été répétée deux fois déjà au nez, aussi ne parlerons-nous pas des heureux changements survenus dans cette partie du lupus.

On commence dans la deuxième quinzaine de septembre les injections de vaseline iodoformée, préparée à la pharmacie de l'hôpital selon la formule de Meunier, de Lyon. 2 centigrammes d'iodoforme, soit deux seringues de Pravaz par jour furent injectées dans les muscles du dos. A ce moment, l'enfant est peu améliorée, sauf au nez, sur lequel ont porté les pointes de feu...

29 septembre, fin de la troisième semaine d'injections.

L'étendue des placards est restée la même. Mais leur surface s'est affaissée la masse; elle est aujourd'hui de niveau avec les parties voisines; leur couleur est rouge rosé et non plus rose violacé; la périphérie, affaissée et palie, se continue insensiblement par places avec la peau normale...

A la lèvre supérieure, l'infiltration a pâli également et s'est aplanie.

La malade reste en cours de traitement.

#### Obs. V. — Scrofulo-tuberculose. — Lupus de la joue.

L'enfant Marcelle R., fillette de 4 ans, m'a été amenée il y a quelques mois pour une coqueluche. A cette époque, elle présentait aux deux régions parotidiennes deux fistulettes sous-cutanées, rougeâtres, mollasses, suppurant sans cesse, à bords renversés. A la joue droite était un placard de lupus tuberculeux, ulcéro-croûteux. (Son père était mort phthisique.)

L'impossibilité d'entreprendre des scarifications qui pussent être suivies régulièrement me décida à l'application sur la joue de collodion salicylé pyrogallique. Une escharification très superficielle en résulta, qui fut suivie de la formation, au centre du placard lueux, d'un tissu fibreux de cicatrice à la périphérie de laquelle persistaient une couronne de tubercules lueux nodulaires, irréguliers, paraissant comprimés par le tissu inodulaire qui les enchâssait. On eût dit un médaillon en émail cerclé de pierres rouges, montées de façon à les faire bien ressortir.

Tel était l'état local au moment où j'instituai le traitement par les injections hypodermiques d'iodoforme, à raison d'une seringue de Pravaz trois fois par semaine dans les muscles du dos. La solution était celle d'A. Meunier : vaseline liquide iodoformée à 1 0/0, à l'eucalyptol.

Depuis lors jusqu'aujourd'hui (4 octobre), j'ai assisté aux transformations suivantes : les nodules tuberculeux ont pâli, se sont flétris, puis affaissés ;



les plus gros se sont divisés, coupés par des bandes de tissu cicatriciel. Aujourd'hui la lésion est presque plane dans toute son étendue, et, au lieu d'une ceinture de tubercules rouges, il ne reste qu'un petit nombre de noyaux, que l'on peut compter (14) et qui diminuent individuellement.

Disons toutefois qu'ils constituent encore à présent des foyers de lupus en pleine activité probable.

Le traitement sera continué; nous nous proposons d'y joindre bientôt, éventuellement, les scarifications.

Si nous analysons ces trois dernières observations, qu'y voyons-nous? Dans toutes, il y a eu amélioration certaine et très notable; mais ne tenons pas compte de la dernière, où la malade est encore en cours de traitement, ni de l'avant-dernière, parce qu'une fois l'amélioration constatée on a joint à ces injections des interventions locales par la scarification et la galvanocaustie; dans le premier de ces lupus, celui qui avait le plus « mauvais aspect », celui de la petite Marie M..., le résultat a dépassé toute attente; au bout de cinquante jours d'injections faites uniquement dans une région éloignée de la lésion, le lupus fut à ce point amélioré qu'au moment où l'enfant quitta l'hôpital il ne restait plus qu'un piqueté de points jaunâtres lupiques à la périphérie de la cicatrice fibreuse, tandis que toutes les ulcérations s'étaient fermées.

(A suivre.)

---



## RECUEIL DE FAITS.

---

### GANGRÈNE SPONTANÉE DES DOIGTS PAR ARTÉRITE SYPHILITIQUE,

Par le Dr Baron d'ORNELLAS.

---

G. F..., 45 ans, valet de chambre, né dans la Touraine, est marié depuis 16 ans et père de trois enfants bien portants, les seuls qu'il ait eus.

En fait de maladies antérieures il a souffert il y a 23 ans d'une sciatique qui dura deux mois, malgré le traitement, et depuis cette époque à peu près, il a eu assez souvent des attaques d'asthme violentes, à la suite de refroidissements le plus souvent. Il y a 20 ans, il eut un chancre sur le pli préputial, qui n'a pas laissé de traces cicatricielles, qui guérit spontanément sans aucun traitement, au bout de trois semaines environ, et qui ne donna lieu à aucun accident consécutif. Il y a 2 ans, il eut un abcès dans une amygdale, qui se vida et se cicatrisa en quelques jours seulement.

Au commencement de février de cette année de 1887, G. F... sentit pour la première fois les quatre doigts de la main gauche très froids dans leur moitié libre, c'est-à-dire au niveau des troisièmes et de la moitié attenante des deuxième phalanges. Cette sensation de froid augmentait très considérablement par l'action de la basse température de l'air extérieur, au point de l'obliger à mettre un gant de laine pour sortir ou travailler dehors. Le malade resta dans cet état sans s'aggraver pendant près de 6 semaines. Les extrémités des doigts étaient blanc grisâtre, et par la pression présentaient des marques plus pâles, qui étaient passagères.

A la fin du mois de mars, il se présenta une tache brun noirâtre, grande comme une pièce d'un demi-franc, sur le côté cubital du médian gauche, sur la peau adjacente à l'ongle. Le malade, croyant à un panaris, s'appliqua force cataplasmes, qu'il fut obligé d'abandonner, parce qu'ils lui causaient des douleurs assez vives. Bientôt cette tache noire envahit toute l'extrémité unguéale du doigt, et ensuite, dans son centre, il se forma une crevasse, par laquelle un stylet métallique pénétrait jusqu'à l'os de la 3<sup>e</sup> phalange, qui était dénudé.

Vers le 14 avril, le Dr Ducamp et moi, nous vîmes le malade et trouvâmes les parties molles de l'extrémité unguéale du médian mortifiées et se désagrégeant. Elles furent enlevées avec une pince et la 3<sup>e</sup> phalange osseuse resta en partie à découvert. Il n'y avait pas de rougeur ni de douleur dans les parties molles environnantes, et on ne put constater aucune anesthésie marquée sur les tissus sains; mais on notait et on sentait des cordons durs plus ou moins dessinés sur les trajets des artères collatérales du doigt malade, en même temps que l'on trouvait les pulsations radiales correspondantes notablement affaiblies, quoique parfaitement distinctes. Enfin, par un examen



qualitatif de l'urine, il fut démontré que celle-ci ne contenait pas de sucre ni d'albumine (Vaillant, Ducamp, d'Ornellas). En outre, l'examen général de tous les viscères ne fit découvrir aucun symptôme de lésion ailleurs, ni au cœur, ni dans les gros vaisseaux. Nous prescrivîmes (le Dr Ducamp et moi) des compresses d'acide phénique, solution faible topiquement, et à l'intérieur de l'opium, principalement le soir, et de l'eau de Vichy.

Quelques jours après, le 18 avril, G. F... vint de nouveau me demander conseil, se plaignant que le doigt, au lieu de s'améliorer, était bien plus malade, que l'annulaire gauche aussi présentait une tache noire sur la peau contiguë au bord radial de l'ongle, tache qui augmentait tous les jours. Le patient ne pouvait pas reposer la nuit, à cause de douleurs survenues dans les doigts attaqués, et ne s'alimentait guère, parce qu'il ne pouvait pas mâcher, à cause de la sensibilité de sa langue, qui était écorchée et très douloureuse, au contact des aliments solides. Effectivement, par l'examen, je trouvai la langue mamelonnée, grisâtre, quadrillée par des crevasses peu profondes, qui saignaient assez facilement et qui lui donnaient l'aspect d'une langue syphilitique tertiaire. Je fis voir cette langue au Dr Ducamp, qui, comme moi, la caractérisa de syphilitique.

Cet état de la langue m'obligea à insister sur l'investigation des antécédents syphilitiques, et j'eus de nouveau la ratification de l'existence antérieure, vingt ans auparavant, d'un chancre guéri spontanément, qui n'avait donné lieu à aucun accident consécutif, ni à des maladies de la peau, ni des muqueuses, ni à la chute des cheveux, ni à des exostoses, ni à des douleurs rhumatoïdes; en résumé, aucun vestige de vérole, excepté la langue tertiaire soumise à notre examen en même temps que les doigts.

Voyant l'aggravation de la gangrène des doigts et la lésion de la langue, je prescrivis un traitement par l'iodure de potassium, à titre d'essai, à la dose de 2 grammes par jour, qui fut augmentée rapidement. Trois jours après, deux autres doigts étaient attaqués; car sur la peau près de l'ongle du bord radial de l'auriculaire et du bord cubital de l'index se présentait une tache brune tout à fait semblable aux précédentes, ce qui me conduisit à augmenter la dose du médicament. Dès le septième jour, un cercle d'élimination se formait autour de la partie sphacélée du médian et de l'annulaire, qui se détachait peu à peu, et des boutons charnus rosés se développaient aux points de séparation. Encouragé par ce résultat, j'augmentai la dose de l'hydriodate de potasse, qui fut portée à 7 et à 8 grammes par jour. Une semaine après disparaissaient les taches de l'index et de l'auriculaire, et les parties mortifiées des deux autres doigts étaient enlevées par le malade, à mesure que les bourgeons charnus envahissaient la plaie, et, malgré que des accidents d'iodisme violents s'étaient déclarés, j'insistai sur la médication.

G. F... fut en état de reprendre son travail à la fin du mois de mai, et continua le traitement jusqu'au 25 juin, quand il partit pour la campagne, avec tous ses doigts complètement guéris. Il perdit seulement la pulpe des bouts de l'annulaire et du médian, et conserva dénudée l'extrémité libre de la phalange osseuse unguéale de ce dernier doigt, tout le reste étant parfaitement cicatrisé. Ce petit bout d'os le gênait fort peu, parce qu'il était protégé par l'ongle. La langue aussi était entièrement cicatrisée, et, quoique encore un peu mamelonnée, le malade mâchait parfaitement et mangeait de tout. A la campagne, le malade cessa complètement tout traitement, malgré mes recommandations pressantes de ne pas abandonner l'iodure de potassium.

Pendant plus de sept semaines, G. F... resta guéri, et ce n'est que le



15 août qu'il s'aperçut de ce que les mêmes doigts — le médian et l'annulaire — étaient de nouveau malades, et se repentit fort de ne pas avoir tenu compte de mes recommandations. Tous les doigts étaient redevenus sensibles et froids d'une manière bien plus étendue ; car le patient éprouvait les mêmes sensations dans tout l'avant-bras et dans le tiers inférieur du bras, avec difficulté pour étendre le membre et perte de force dans celui-ci. De plus, chaque mouvement d'extension produisait des tiraillements douloureux dans les doigts malades. Au bout de six jours, les deux doigts étaient déjà noirs et momifiés dans toute l'extension depuis leurs bouts libres jusqu'au tiers supérieur de la deuxième phalange pour le médian, et jusqu'au tiers supérieur de la troisième phalange pour l'annulaire. C'était donc une rechute des plus graves. G. F... rentra à Paris le 27 août et recommença immédiatement son traitement ioduré.



Le 7 septembre, le patient vint me consulter, et j'ordonnai de nouveau de hautes doses d'iode de potassium, et, en outre, tous les jours des frictions d'onguent mercuriel double à la dose de 4 grammes, alternativement dans les aisselles et dans les aines. Dès lors, je constatai que les battements artériels manquaient complètement dans la radiale gauche, ainsi que dans l'arcade palmaire, dans la cubitale et dans le tiers inférieur de l'humérale correspondantes, et que ces vaisseaux étaient oblitérés et durcis, donnant une sensation de cordon dur. Dans le tiers moyen de l'humérale, les pulsations



persistaient, mais très affaiblies, et dans l'axillaire elles étaient tout à fait normales. Je me certifiâi de nouveau que les artères du membre supérieur droit étaient saines non sclérosées; que le cœur n'offrait aucun bruit morbide, et qu'il n'y avait ni sucre ni albumine dans l'urine, celle-ci offrant seulement une diminution de l'urée: 9 grammes et 50 centigrammes par litre (F. Bourguignon).

Dès le 12 septembre, les parties sphacélées commençaient à être séparées des parties saines par un cercle de boutons charnus et à se détacher. Le 20 septembre tomba la troisième phalange du médian tout entière avec l'ongle. Quelques jours après, le malade enlevait petit à petit les parties molles momifiées de la deuxième phalange du même doigt et laissait plus de deux tiers de cette phalange osseuse entièrement dénudée. Ensuite la pulpe du bout libre de l'annulaire se détacha aussi, en emportant la moitié de l'ongle dans sa longueur, et l'extrémité libre de l'os de la troisième phalange de ce doigt restait à découvert.

Le 12 octobre, je prescrivis au malade le sirop de Gibert à l'iodeur ioduré d'hydrargyre, à la dose d'une cuillerée à soupe par jour, et la continuation de l'iodeur de potassium, à la dose de 2 grammes. D'ailleurs, il continue à avoir un régime fortifiant et à boire beaucoup de lait.

Le 10 octobre, les phalanges dénudées furent réséquées par le Dr Édouard Schwartz, et un pansement à l'iodoforme fut appliqué sur les plaies. Le 23 et le 28 les pansements furent renouvelés et on put constater la marche rapide de la cicatrisation. Le 30 survint un accès d'asthme qui passa en deux jours, pendant lesquels le patient suspendit le traitement antisypilitique; mais le 2 novembre, reprise de celui-ci et renouvellement du pansement antiseptique des doigts, qui sont presque entièrement cicatrisés.

Le 10, le malade est guéri et reprend son travail; mais nonobstant il va continuer encore l'usage aussi bien du sirop de Gibert que de l'iodeur de potassium, pendant quelques mois. Le 30 décembre, nous revoyons le malade, qui va bien et continue sa cure. La main et l'avant-bras malades sont faibles et amaigris par de l'atrophie musculaire. L'oblitération des artères ne s'est pas étendue davantage; elle n'a pas dépassé le tiers inférieur de l'humérale et reste limitée aux mêmes artères qu'elle occupait lors de la seconde poussée de gangrène.

Ce n'a été qu'avec peu d'espérance de réussite que je prescrivis le traitement ioduré chez ce malade, quoique les antécédents syphilitiques m'encourageassent suffisamment. Ce n'a pas été sans hésitation que je portai le diagnostic de gangrène spontanée par artérite syphilitique, n'ayant jamais entendu parler de cette espèce d'inflammation localisée dans les artères des extrémités. Il a fallu cependant me rendre à l'évidence en présence de l'amélioration rapide produite par le traitement antisypilitique, aussi bien sur la gangrène des doigts que sur les lésions tertiaires de la langue simultanément. C'est en vertu de ces considérations que je présentai le malade à différents confrères compétents: aux professeurs Verneuil, Fournier et Duplay, aux docteurs Léon Labbé, Millard, Cadet de Gassicourt, Édouard Schwartz, Oulmont et Galliard, qui tous ont approuvé mon diagnostic, en me donnant l'assurance qu'ils n'avaient



jamais vu de cas semblable et en me recommandant de publier l'observation.

Quel a été le mécanisme de cette gangrène ? A-t-elle commencé par une inflammation des artères collatérales des doigts ou bien par une thrombose d'un tronc artériel assez gros ? Y a-t-il eu primitivement thrombose de l'humérale gauche chez un syphilitique, produite sur place par un coup, et amélioration consécutive par le traitement de la diathèse (Verneuil), ou bien s'est-il agi de prime abord d'une artérite subaiguë, spéciale et syphilitique des petites artères des doigts, se propageant de la périphérie vers le centre circulatoire, c'est-à-dire d'une artérite ascendante pour ainsi dire. Impossible de trancher ces questions, mais je m'incline vers ce dernier processus ; parce que j'ai pu voir que, lors de la première poussée de gangrène, l'artère radiale se conservait perméable, quoique avec des pulsations affaiblies, et parce que ce n'est que lors de la seconde poussée que toute l'artère radiale et la partie inférieure de l'humérale se sont oblitérées. D'ailleurs le patient assure ne pas avoir reçu de coup.

Rien d'étonnant que l'infection syphilitique puisse déterminer de pareilles lésions. Quand on considère la lenteur de l'évolution de la vérole, qui, dans maintes circonstances, embrasse toute une existence humaine, on peut parfaitement comprendre que cette maladie puisse offrir une multitude de formes cliniques ; que tous les appareils, que tous les tissus de l'économie, soient susceptibles d'en être atteints successivement, et que des états pathologiques non encore décrits, qui lui soient attribuables, puissent se présenter. Puisqu'il est absolument prouvé aujourd'hui que des altérations syphilitiques peuvent se développer dans l'endocarde, — qu'elles ne sont pas rares dans l'aorte, — et que la syphilis cérébrale est due souvent à une artérite syphilitique, — il n'y a rien à objecter au diagnostic que nous avons porté sur ce fait, comme le démontrent l'existence antérieure du chancre, les lésions tertiaires récentes de la langue, le succès rapide du traitement anti-syphilitique, aussi bien pendant la première poussée de gangrène que pendant la récurrence, et enfin la guérison concomitante et simultanée de la langue et des doigts.

---



## REVUE DE SYPHILIGRAPHIE.

---

- I. — UEBER DIE BACILLEN BEI SYPHILIS (SUR LES BACILLES DANS LA SYPHILIS), par le professeur DOUTRELEPONT (*Vierteljahresschrift f. Dermatologie und syphilis*, 1887, n° 1).
- II. — SYPHILIS ACQUISE PAR CHANCRE INFECTANT DE LA RÉGION ANALE CHEZ UN JEUNE GARÇON, conférence clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, par M. le D<sup>r</sup> DESCROIZILLES (*France médicale*, n° 80, 1887).
- III. — ROSÉOLE MACULEUSE SYPHILIQUE, conférence clinique de M. le D<sup>r</sup> ERNEST BESNIER à l'hôpital Saint-Louis (*Gazette médicale de Paris*, n° 8, 1887).
- IV. — SYPHILIDE PIGMENTAIRE, par IGNAZIO TORTORA (*Morgagni*, 1886).
- V. — SYPHILIS DU REIN, par M. le D<sup>r</sup> BARTHÉLEMY (*Bulletin médical*, n° 24 et 25, 1887).
- VI. — NOTE SUR UN CAS D'APHASIE D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par DENIS COURTADE (*Encéphale*, n° 2, 1887).
- VII. — CAS DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE DE LA GORGE TRAITÉ ET GUÉRI PAR LE MERCURE ET L'ALIMENTATION RECTALE, par le D<sup>r</sup> BRUCE. (*The Lancet*, 1885).
- VIII. — CAS DE SYPHILIDE DE DATE ANCIENNE DANS LEQUEL IL A ÉTÉ NÉCESSAIRE D'ADMINISTRER DE FORTES DOSES D'IODURE DE POTASSIUM, par HENRY W. STELWAGON (*Medical News*, 27 juin 1885, p. 712).

I. — L'auteur rappelle d'abord ses publications antérieures et celles des autres auteurs sur ce sujet. Il donne ensuite le résultat de ses nouvelles recherches. Dans l'année qui vient de s'écouler, il a constaté la présence des bacilles dans trois scléroses du prépuce, dans un condylome large des grandes lèvres et dans une gomme de la dure-mère. Il rappelle qu'il a inutilement recherché des bacilles analogues dans d'autres maladies, par exemple dans le cas de gangrène multiple.

La gomme en question provient d'une malade traitée pendant longtemps à la clinique et à la policlinique, pour une syphilis tertiaire. Elle entra de nouveau à la clinique pour une nécrose étendue du pariétal et mourut subitement d'une violente hémoptysie. A l'autopsie : anévrysmes miliaires du poumon, péribronchite, deux petites cavernes au sommet du poumon gauche, cicatrices anciennes sur la paroi externe de l'estomac. Rien dans le cerveau. Dans la dure-mère, au niveau de la nécrose du pariétal, gomme ulcérée située parallèlement au sinus longitudinal ; le sinus lui-même était indemne.



L'examen des fragments de gomme durcis dans l'alcool révéla dans de très nombreuses coupes la présence des bacilles isolés, disséminés ou disposés en groupes habituels. Les coupes furent colorées pendant vingt-quatre heures dans des solutions aqueuses de violet de gentiane ou de violet de méthyle; la décoloration eut lieu par l'alcool seul, ou bien associé à l'immersion des coupes pendant trois secondes environ dans de l'acide azotique à 5 0/0. Parfois aussi l'auteur a eu recours à une coloration supplémentaire par la safranine, le plus souvent il s'en est abstenu. Dans ces derniers temps, Doutrelepont a obtenu de très belles préparations par le procédé suivant : on colorait avec une solution aqueuse de violet de méthyle ou avec le violet thymol méthylique pendant quarante-huit heures, puis on décolorait par la liqueur de sesquichlorure de fer et l'alcool, d'après le procédé de Giacomini. L'auteur recommande d'éviter une trop longue action du premier liquide, car les cellules perdent facilement leur teinte, ce qui rend plus difficile l'examen des bacilles. C'est ce dernier procédé qui lui a donné les meilleurs résultats au point de vue du nombre des bacilles.

Outre les bacilles, Doutrelepont a retrouvé souvent des amas de granulations semblables à des microcoques qui étaient disposées dans les cellules en rangées ayant la forme et la longueur des bacilles. Il considère ces amas comme des débris de bacilles.

D'après l'auteur, la présence de ces bacilles à toutes les périodes de la syphilis dans les produits syphilitiques de toutes les régions du corps, même dans le sang, ne peut être ébranlée par la découverte des bacilles du smegma. Leur présence dans la syphilis, leur absence dans les tissus non syphilitiques et leur groupement souvent caractéristique indiquent un rapport quelconque avec la syphilis. Leur petit nombre habituel et les résultats négatifs de quelques observateurs signifient seulement, d'après Doutrelepont, que nous ne possédons pas encore une méthode permettant de reconnaître nettement tous les bacilles.

Les rapports de ces bacilles avec la syphilis ne pourront être connus sûrement qu'à l'aide d'inoculations, après avoir obtenu des cultures pures. Nous n'en sommes pas encore là. Au mois de juillet dernier, Doutrelepont a annoncé à la Société de médecine du Bas-Rhin, qu'en inoculant une sclérose de la lèvre supérieure dans le liquide d'une hydrocèle qui avait été stérilisé et coagulé d'après la méthode de Koch pour le sérum du sang, un petit nombre de bacilles s'étaient développés, qui se comportaient comme les bacilles de la syphilis. Au bout de quinze jours il se produisit un léger trouble à la surface, qui augmenta très lentement et était formé par des bâtonnets ayant une forme très analogue à celle des bacilles de la syphilis. Mais il fut impossible d'obtenir une nouvelle culture et la petite colonie fut bientôt détruite.



Cet été, Doutrelepont a repris ces expériences, l'a de nouveau commencé des condylomes larges et une sclérose du prépuce dans du liquide d'une hydrocèle. On a, dans bon nombre de verres, trouvé, au bout de peu de temps, de nombreuses colonies. Dans ces cultures il y avait des bacilles des formes les plus diverses, tels qu'on les rencontre dans le smegma du prépuce et dans les exsudats syphilitiques. Au bout de quelque temps, les bacilles avaient complètement bruni le terrain de culture. La coloration par la méthode de Lustgarten échoua. Ces bacilles devaient être des bacilles de smegma.

Les verres où on n'avait pas constaté de colonies au début présentèrent au bout de quinze jours de légers troubles analogues à celui dont il est question plus haut, ou bien il se développa à la surface de petites squames formées par un petit nombre de bacilles. Ces colonies ne se développèrent pas davantage, le transport dans d'autres verres échoua. En somme, jusqu'ici Doutrelepont n'a pu obtenir des cultures pures.

A. DOYON.

II.—M. le Dr Descroizilles rapporte, dans cette leçon, l'histoire d'un enfant de 12 ans, atteint de syphilis, dont le point de départ a été un accident primitif siégeant près de l'orifice anal ou sur cet orifice lui-même. L'auteur fait remarquer que les accidents présentés par cet enfant étaient des accidents secondaires d'une syphilis acquise depuis six ou huit mois et non de syphilis héréditaire à manifestations tardives; il montre ensuite que la médication hydrargyrique et iodurée a été supportée dans ce cas, comme elle l'est presque toujours chez les jeunes sujets, avec une extrême facilité; l'amélioration amenée par le traitement interne s'est produite si rapidement qu'il n'a pas été nécessaire de recourir à aucun traitement local pour faire disparaître les plaques muqueuses assez confluentes à la région anale et au niveau de l'isthme du gosier.

Voici l'analyse de cette observation :

Un jeune garçon de 12 ans, après avoir été victime des violences d'un individu qui l'avait attiré et gardé chez lui pendant près de vingt-quatre heures, éprouvait, six ou huit semaines plus tard, des douleurs vives dans la région anale, et présentait à cette époque de larges boutons aplatis et humides autour de l'anus, d'autres taches sur différentes parties du corps, en même temps que des douleurs dans les membres, du malaise et un mal de gorge persistant. Soumis pendant quelque temps à un traitement spécifique, l'amélioration fut rapide; mais, au bout de peu de temps, nouvelles manifestations éruptives, perte de l'appétit, amaigrissement et enrouement. C'est dans ces conditions que le malade entra dans le service de M. Decroizilles, qui constata l'état suivant. Sur tout le pourtour de l'anus, sur la partie supérieure de la face interne des cuisses,



papules confluentes, circulaires ou ovalaires, de coloration cuivrée, d'un diamètre de cinq à dix millimètres; quelques érosions au niveau de ces élevures, rougeur et humidité de la peau de cette région. — La défécation était très douloureuse. Sur la face palmaire des deux mains, quelques taches rougeâtres. Sur les piliers antérieurs du voile du palais des deux côtés ainsi que sur la luette, plaques muqueuses assez nombreuses et rendant la déglutition un peu difficile. — Rien à la langue ni dans la partie antérieure de la bouche. — Pas de ganglion tuméfié ou douloureux, ni à la région cervicale, ni à l'anus, ni à l'aisselle. Le traitement prescrit fut le suivant : tous les jours, une pilule de 3 centigrammes de protoiodure d'hydrargyre et 2 grammes d'iodure de potassium; en quatre semaines, disparition des plaques.

L. PERRIN.

III. — Dans cette conférence clinique, à propos d'une syphilitique présentant une roséole maculeuse, des plaques cutanées et une adénopathie caractéristique à la nuque, M. le Dr Ernest Besnier fait une exposition claire et méthodique du processus syphilitique à ses premières périodes, et du traitement spécifique.

Après le chancre, il y a une période de silence qui est, en moyenne, de quarante-cinq jours, mais qui peut être de cinquante à soixante jours; pendant cette période se fait dans le système lymphatique la germination de l'élément syphilitique encore inconnu. C'est à ce moment qu'il serait possible d'agir sur la maladie, et c'est de ce côté que doivent porter les recherches. Elles présentent des difficultés : en premier lieu, parce que le bacille syphilitique n'est pas connu; en second lieu, parce que les expériences ne sont pas possibles, aucun animal ne pouvant être inoculé; les essais faits sur des singes n'ont aucune valeur.

Quand l'élément syphilitique est parvenu dans le sang, il l'infecte; alors se produit une altération de la santé, une imprégnation des viscères, laquelle se traduit par une augmentation du volume de la rate; puis apparaît la roséole. La période d'infection est alors complète. Chez la femme, où le chancre passe souvent inaperçu, le traitement n'est institué qu'au moment de la roséole. Si on le commence tout de suite et si le malade est dans de bonnes conditions d'hygiène, il est possible qu'on n'observe aucune manifestation syphilitique : ou bien on les empêche de se produire, ou bien on les retarde.

Le but du traitement de la syphilis doit être le suivant : ne pas chercher à guérir l'infection (puisque'il n'y a aucun agent chimique pouvant détruire le bacille), mais chercher à la neutraliser en stérilisant le sujet. Donné à petites doses, le mercure stérilise un syphilitique, mais il lui faut rester deux, trois et même quatre ans en imprégnation mercurielle.

C'est en vertu de ce principe qu'on a fait des injections sous-cutanées



de calomel. Ces injections mettent assez de mercure dans l'organisme pour stériliser pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, mais elles présentent des accidents locaux, surtout chez les femmes. M. Ernest Besnier a fait des essais avec l'oxyde jaune de mercure. Voici la formule qu'il prescrit :

|                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| Eau .....                   | 30 grammes        |
| Gomme adragante.....        | 0,30 centigrammes |
| Oxyde jaune de mercure..... | 1 gramme          |

On injecte 4 centigrammes d'oxyde jaune ; l'injection est un peu douloureuse, celle avec le calomel ne l'est nullement. Il faut faire une ou deux injections tous les dix jours, jusqu'à présence du mercure dans l'urine. On peut estimer que 40 centigrammes de calomel et 25 centigrammes d'oxyde de mercure suffisent pour les premiers mois. L. PERRIN.

IV. — Le Dr IGNAZIO TORTORA publié dans le *Morgagni* un exemple rare de syphilide pigmentaire chez une jeune femme. La pigmentation s'étendait sur le cou et la poitrine jusqu'à la partie moyenne des seins, un peu au-dessous du mamelon ; sur les bras, sur le dos, elle arrivait au même niveau, comme si l'altération cutanée avait été limitée par un plan horizontal passant au-dessous de la pointe des seins.

Les caractères objectifs de l'éruption ne différaient pas d'ailleurs de ce que l'on observe habituellement, le seul fait remarquable consistait ici dans l'étendue réellement extraordinaire de la lésion. Cette pigmentation n'avait pas succédé à une éruption locale.

L'examen histologique de quelques fragments a montré l'existence de pigment irrégulièrement distribué dans la couche profonde du corps muqueux au siège normal de la pigmentation cutanée. Mais il existait de plus dans la partie superficielle du derme de nombreux petits amas de matière pigmentaire très irrégulièrement disséminés et sans rapports précis avec les vaisseaux sanguins.

A. SIREDEY.

V. — L'étude de la syphilis rénale est de date récente ; depuis quelques années, elle attire l'attention des syphiligraphes. Déjà, en 1884, dans les *Annales de dermatologie*, M. Barthélemy a publié un très intéressant mémoire dans lequel il concluait que les néphrites sont une des complications de toutes les périodes de la syphilis ; reprenant aujourd'hui cette question, il étudie dans ce travail les lésions syphilitiques du rein dans la syphilis acquise, dans la syphilis héréditaire précoce et dans la syphilis héréditaire tardive.

1° *Lésions syphilitiques du rein dans la syphilis acquise.* — La réalité de ces lésions est démontrée par les travaux et les observations de Rayer, Ricord, Cornil, Lancereaux, Wagner, etc. ; ces lésions sont va-



riées. Wagner, qui en a rapporté soixante-trois cas, a trouvé huit fois le mal de Bright aigu, quatre fois le gros rein blanc vulgaire, quatorze fois la néphrite interstitielle, trente-cinq fois la dégénérescence amyloïde et trois fois des gommes syphilitiques. Au point de vue de l'anatomie pathologique, il faut signaler la particularité suivante : dans la néphrite parenchymateuse chronique les anses des glomérules sont souvent atteintes de dégénérescence amyloïde, en même temps que les petites artères sont le siège de l'artérite oblitérante de Heubner. Dans la plupart des cas, les altérations rénales sont longtemps latentes et ne présentent aucun symptôme pathognomonique qui fasse directement remonter à leur cause spéciale ; la syphilis n'est révélée que par les antécédents, les accidents concomitants et par des effets thérapeutiques d'une rapidité significative.

2° *Lésions rénales dans la syphilis héréditaire précoce.* — La néphrite interstitielle est la lésion rénale la plus commune dans la syphilis héréditaire précoce : c'est, du reste, un aphorisme établi par le professeur Parrot, que, dans tous les organes, la syphilis héréditaire produit du tissu conjonctif à la place des autres tissus (le tissu banal remplaçant le tissu propre ou noble). Outre la fréquence de la néphrite interstitielle, on constate aussi de la dégénérescence amyloïde.

3° *Syphilis héréditaire tardive.* — M. Barthélemy rappelle d'abord que chez les enfants les maladies des reins ne sont pas rares ; mais l'étiologie en est fort obscure et, dans la plupart des cas, la cause reste indéterminée. Ne se pourrait-il pas que la syphilis héréditaire tardive n'eût dans cette genèse une part prédominante ? A la vérité, les documents sur ce point sont encore insuffisants, mais il y a un véritable intérêt à relever les observations probantes, si rares qu'elles soient.

Les lésions décrites dans ces observations sont la néphrite parenchymateuse, la dégénérescence amyloïde seule ou associée à la forme précédente, la néphrite interstitielle. Dans un seul cas, celui de Roger, il y avait « simple altération granuleuse des épithéliums avec pigmentation dans le voisinage des vaisseaux ». Ici donc, comme pour la syphilis acquise, ce qui frappe, c'est l'absence de l'élément inflammatoire vrai ; on trouve des altérations des processus nutritifs, non seulement dans la dégénérescence amyloïde, mais dans les autres formes. En résumé, on peut dire que l'hérédité syphilitique aboutit non à la phlegmasie, mais à la dégénération des reins.

Au point de vue clinique, la lésion rénale a un début lent et insidieux ; quand la maladie est constituée, on a les symptômes vulgaires de toute néphrite. La marche est assez spéciale : on constate des intervalles de santé apparente pouvant durer des mois et faire croire à la guérison, puis il y a des récidives successives.



La lésion rénale coexiste le plus ordinairement avec d'autres lésions viscérales également causées par la syphilis héréditaire tardive.

Le diagnostic est basé sur la constatation de l'albuminurie, sur celle des phénomènes concomitants et sur la recherche des antécédents.

Quant au traitement, il donnerait, si l'on en croit certains auteurs, particulièrement Bartels, les résultats les plus encourageants.

L. PERRIN.

VI.—Le cas intéressant d'aphasie d'origine syphilitique que publie M. Courtaud a été observé dans le service de M. le professeur Ball, à l'hôpital Laënnec. Il s'agit d'un homme de 33 ans, comptable, ne présentant à signaler dans ses antécédents qu'une syphilis bénigne, contractée il y a 5 ans.

Vers la fin du mois de janvier 1886, le malade eut de la constipation et des douleurs de tête ; le 2 février 1886, environ un mois après son mariage, il se lève, se plaignant d'un violent mal de tête. Il se rend pourtant à ses occupations, mais le mal de tête continue, est de plus en plus fort, et, tout travail devenant impossible, le malade est forcé de rentrer chez lui. Il remarque alors que sa marche est très difficile, et, en voulant traverser une rue, il tombe et ne peut se relever : il était paralysé du côté droit. A partir de ce moment, il ne peut ni parler ni écrire, ni reconnaître les personnes qui l'entourent ; il n'était cependant pas dans le coma, ses yeux étaient ouverts, mais son regard sans expression. Le malade reste dans cet état pendant trois ou quatre jours, puis il commence peu à peu à reconnaître et à entendre les personnes qui l'entourent, mais il lui est impossible de parler ou d'écrire, il ne prononce que des monosyllabes. L'hémiplégie, qui avait respecté la face, disparaît peu à peu. Le malade fut soumis, dès le début des accidents, à la médication spécifique. Quand il entra, le 8 mars 1886, dans le service de M. Ball, voici quel était son état :

Rien au cœur ni aux poumons, ni du côté du tube digestif ; pas de fièvre, sommeil naturel, pas de céphalalgie ; la motilité est revenue complètement à droite, les réflexes plantaires et rotuliens sont normaux ; tout l'intérêt du malade se concentre sur les troubles de son langage, soit parlé, soit écrit.

La mémoire des faits antérieurs à son ictus paraît être bien conservée ; il en est de même de la mémoire des faits qui se sont passés depuis qu'il est malade, sauf cependant les trois ou quatre premiers jours à partir de son ictus. L'intelligence paraît à peu près intacte ; si parfois on croit constater une diminution des facultés intellectuelles, cette diminution est en rapport, ainsi que l'indique le malade, avec la difficulté qu'il a à se faire comprendre et de comprendre ce qu'on lui dit.

Les troubles aphasiques sont à peu près au complet.

La surdité verbale existe à un degré assez marqué : lorsqu'on parle au malade, celui-ci paraît comprendre assez bien, et on voit à l'expression du regard qu'il est désolé de ne pouvoir répondre ; mais si on lui dit de faire un acte quelconque, la surdité verbale devient très nette.

La cécité verbale existe à un moindre degré, elle est surtout marquée pour les signes —, +, ×, il ne sait plus auquel des mots, addition, soustraction, etc., correspondent ces signes, qui lui sont familiers, le malade étant comptable. Il lit, mais très lentement, se fatigue vite, et, au bout de quelques minutes, il ne comprend plus rien.

C'est par l'agraphie et surtout par l'aphémie que l'aphasie de ce malade



est surtout remarquable. Il écrit spontanément et assez bien les mots dont il se souvient, mais si on lui dit d'écrire un mot quelconque, il dessine l'objet que désigne le mot qu'il ne peut écrire.

Il est impossible de lui dicter une phrase, de lui faire écrire un mot qu'il vient de lire dans un livre, si on lui retire le livre. S'il finit par l'écrire, il est incomplet, dénaturé, à peine lisible.

L'aphémie est très prononcée : spontanément le malade prononce certains mots, mais ce sont des adverbes, des conjonctions, des adjectifs, certaines locutions qui reviennent à chaque instant. Si on veut lui faire prononcer un mot, il ne peut pas ; pour un nombre, il n'y parvient qu'en comptant sur ses doigts, à partir de un, et si un chiffre intermédiaire lui échappe, il ne peut continuer que lorsqu'il l'a trouvé.

Sous l'influence de la médication mercurielle et iodurée, ces divers troubles aphasiques se sont notablement améliorés. En une vingtaine de jours, la surdité et la cécité verbales ont été surtout beaucoup amendées, l'agraphie a disparu plus lentement ; enfin c'est l'aphémie qui, tout en diminuant, a fait des progrès moins rapides. Quoi qu'il en soit, en juin 1886, c'est-à-dire quatre à cinq mois après son ictus, le malade a pu reprendre son travail de comptable et s'en acquitte assez bien, quoique avec lenteur ; les divers symptômes qu'il a présentés ont disparu, mais reviennent parfois à des intervalles éloignés.

M. Courtade fait suivre cette observation des réflexions suivantes. La cause des accidents cérébraux de ce malade est due à une syphilis bénigne et insuffisamment traitée, datant de cinq ans. La cause immédiate paraît être une congestion passagère, peut-être déterminée par une gomme latente jusqu'alors ; des excès vénériens ayant suivi son mariage, qui datait d'un mois, ont pu être de quelque effet dans la production de cette congestion.

L'hémiplégie du début avec perte incomplète de connaissance fait penser que la congestion, d'abord assez forte, a diminué ensuite au bout de trois jours, et que la lésion s'est circonscrite au territoire de l'aphasie.

Les facultés intellectuelles sont restées à peu près intactes, alors que les troubles aphasiques ont été considérables. Ceux-ci se distinguent surtout par l'aphémie et la surdité verbale ; vient ensuite l'agraphie, enfin la cécité verbale, qui existe surtout pour les signes. L. PERRIN.

VII.—W. D..., âgé de 13 ans, fut admis, le 2 septembre 1884, à Charing Cross Hospital pour une ulcération de la gorge. Sa maladie aurait débuté, d'après lui, il y a environ un mois, par une inflammation des poumons, suivie au bout d'une semaine d'un mal de gorge qui a toujours persisté depuis. Tout d'abord, il ressentit de la douleur en avalant, et il commença immédiatement à maigrir. Avant l'affection actuelle, l'enfant était bien portant, mais il n'était pas robuste ; à l'âge de 2 ans environ, il avait eu du coryza et des éruptions eutanées, et avait été traité pour cela à King's College Hospital. Il est le second de 9 enfants ; son frère aîné est fort bien portant, mais tous les autres ont eu des coryzas chroniques et plusieurs sont morts. Ses parents sont bien portants, mais la mère a eu 5 fausses couches.



Lors de son entrée à l'hôpital, l'enfant, très affaibli, garda le lit : il a constamment la bouche ouverte ; la voix est indistincte et nasonnée. La lute et le bord postérieur du voile du palais ont entièrement disparu en laissant une ulcération marginale au-devant de laquelle le voile du palais est rouge et brillant. La paroi postérieure du pharynx est complètement occupée par une escharre d'un gris jaunâtre qui s'étend en haut et en bas aussi loin que la vue peut atteindre. Il n'y a aucune tuméfaction des ganglions du cou. Le malade éprouve les plus grandes difficultés pour se nourrir : une partie des aliments reflue dans les fosses nasales, une autre partie est rejetée par la bouche. Il n'y a aucun bacille de tuberculose perceptible dans les particules que la toux détache du pharynx. On porta donc le diagnostic d'ulcération syphilitique de la gorge d'origine congénitale, et on lui fit le traitement suivant : frictions mercurielles à la partie interne des cuisses ; attouchements du pharynx avec une solution de nitrate d'argent au 25<sup>e</sup> environ, lavements alimentaires avec du bouillon concentré, des jaunes d'œufs, du brandy, quatre fois par jour.

Dès le 12 septembre, l'état de la gorge s'était un peu amélioré et le malade pouvait avaler un peu de brandy ; le 16, il pouvait prendre une petite quantité de nourriture. L'amélioration alla dès lors en augmentant de plus en plus ; le 21 octobre, des adhérences commençaient à se former dans le pharynx, et le 19 novembre la guérison semblait obtenue.

L'auteur fait suivre la relation de ce cas de quelques réflexions sur la difficulté du diagnostic ; car au premier abord il n'y avait guère que l'aspect extérieur de la lésion qui pût faire penser à la syphilis ; les commémoratifs ne permettent pas de poser ce diagnostic. Il insiste aussi sur la gravité toute particulière du cas : l'enfant ne pouvait plus avaler : aussi est-il sûr que si l'on n'avait pas institué le traitement, la mort serait arrivée à brève échéance. Cette particularité rendait le traitement lui-même fort difficile : il s'agissait en effet de nourrir l'enfant et de lui faire absorber les médicaments : on y est arrivé dans les premières périodes par l'alimentation rectale et par les frictions mercurielles. Il est vrai qu'on aurait également pu pratiquer des injections sous-cutanées de peptone ammonique mercurique et d'iodure de potassium. A ce propos, qu'on nous permette d'ajouter que nous ne voyons pas pourquoi ce dernier médicament n'a pas été employé : il aurait peut-être pu abrégé la durée des traitements.

VIII.—Le malade dont il s'agit dans cette observation était un Allemand père du quatre enfants, dont trois étaient morts dans les deux premiers mois après leur naissance : il y a 15 ans, il sait fort bien qu'il a eu une maladie vénérienne, mais il croit que ce n'a été qu'une simple blennorrhagie ; il ne se souvient pas d'avoir eu aucune éruption jusqu'à la maladie cutanée actuelle, qui a débuté il y a 8 ans par le front, en même temps que se produisait sur l'avant-bras gauche une sorte de gomme dont on voit encore la trace. Au bout de quelques mois de traitement, l'éruption du front et la gomme du bras guérissent, en laissant des cicatrices qui sont encore visibles. Puis, se montrèrent de nouveaux accidents pour lesquels le malade vint réclamer les secours du



Dr Stelwagon. Ces dernières lésions siégeaient sur le côté droit du nez et étaient constituées par de petites élevures papuleuses de la grosseur d'un pois, déprimées au centre et y présentant un point de suppuration. Elles reposaient sur une base rouge et un peu indurée. En d'autres points du nez se trouvaient de petites cicatrices superficielles, traces évidentes de lésions semblables aux précédentes.

L'auteur porta le diagnostic de syphilis et soumit le malade à l'iodeure de potassium, 15 grains (environ 1 gramme) par jour en trois fois, et à l'iodeure rouge de mercure, 7 milligrammes et demi environ par jour, également en trois fois. Comme application locale, il prescrivit une pommade au précipité blanc au quinzième. Au bout de deux semaines, quelques nouvelles papulo-pustules s'étaient formées çà et là sur le nez, tandis que les lésions anciennes rétrocédaient lentement. Le Dr Stelwagon doubla alors la dose d'iodeure de potassium, et porta à 12 milligrammes la dose d'iodeure rouge de mercure ; il continua ainsi pendant 15 jours encore sans voir la marche de la maladie subir la moindre modification. Quand deux ou trois éléments éruptifs étaient situés à côté les uns des autres, les téguments voisins s'infiltraient dans leur intervalle. Les papulo-pustules ressemblaient jusqu'à un certain point à des éléments acnéiques, et la rougeur et l'hyperplasie des téguments en même temps que la présence de quelques petits capillaires cutanés complétaient l'assimilation. L'auteur porta alors la dose d'iodeure à 4 grammes et augmenta aussi celle de bi-iodeure ; au bout de quinze autres jours, il fit prendre 6 grammes d'iodeure et il continua ce médicament pendant un mois à cette dose sans voir survenir aucun changement : au contraire il semblait à cette époque qu'il y eut encore plus de lésions en activité qu'au moment où l'on avait commencé le traitement. Aussi, le Dr Stelwagon, de guerre lasse, crut-il avoir fait une erreur de diagnostic et pensa-t-il avoir simplement affaire à un cas un peu insolite d'acné.

Il changea complètement de médication et il essaya toutes les méthodes qui sont en honneur contre la couperose. Tout d'abord l'affection sembla rétrocéder, puis elle reprit avec une nouvelle intensité. Au bout de quelques jours, il fut donc obligé d'en revenir à son premier diagnostic : il institua de nouveau le traitement antisiphilitique, commença par 6 grammes d'iodeure de potassium et 17 milligrammes de bi-iodeure par jour ; puis, au bout de 15 jours, il porta la dose d'iodeure à 8 grammes par jour. Une légère tumescence gommeuse disparut au bout de 14 jours de ce traitement, mais l'éruption elle-même ne fut pas sensiblement modifiée. La dose d'iodeure fut alors progressivement élevée à 10, puis à 12 grammes par jour. Mais à partir du moment où cette dernière dose fut donnée, l'éruption tendit à disparaître, et, au bout de trois semaines, elle était complètement guérie. L'estomac du malade supporta d'ailleurs merveilleusement cette médication.

L'auteur fait remarquer qu'il est d'ordinaire inutile, même dans les cas de syphilis grave, de recourir à d'aussi fortes doses ; toutefois, cette observation est des plus concluantes, et elle prouve que ces doses, répétées excessives, sont parfois nécessaires pour combattre des accidents cutanés ; il est donc probable qu'elles doivent l'être également dans certaines syphilis viscérales.

L. BROcq.



## BIBLIOGRAPHIE.

---

- I. — LOCALISATIONS TABELLEN BEI HAUTKRANKHEITEN (TABLEAUX DES LOCALISATIONS DANS LES MALADIES DE LA PEAU), par le professeur J. PICK. (In-4° Prag. Haase, 1887).
- II. — LEHRBUCH DER HAUT-UND-GESCHLECHTSKRANKHEITEN. ERSTE THEIL : HAUTKRANKHEITEN (TRAITÉ DES MALADIES CUTANÉES ET VÉNÉRIENNES; première partie, MALADIES DE LA PEAU), par le Dr E. LESSER, Privatdocent à l'université de Leipzig. (1 vol. in-8°, 1887, chez F. C. W. Vogel.)
- III. — DAS VENERISCHEN GESCHWÜR (WEICHER SCHANKER) DESSEN PATHOLOGIE UND THERAPIE [(PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DE L'ULCÈRE VÉNÉRIEN (CHANCRE mou)], par le prof. E. LANG. (Broch. in-8° de 60 pages, 1887, Bergmann.)
- IV. — ATLAS DER HAUTKRANKHEITEN (ATLAS DES MALADIES DE LA PEAU), par le professeur J. NEUMANN. (VII° livraison, 1887, Wien. chez Braumüller.)

I. — Les tableaux linéaires que vient de publier le professeur Pick représentent les faces antérieure et postérieure du corps et sont constitués par deux espèces de lignes, l'une indiquant la direction des plis de la peau, l'autre la sphère tégumentaire d'expansion des nerfs périphériques. Ces tableaux sont appelés à rendre de très réels services comme moyen d'établir d'une manière précise la localisation et l'étendue des dermatoses. Ce sont de véritables feuilles topographiques d'observations qui, soit dans les hôpitaux, soit dans la clientèle privée, faciliteront beaucoup l'étude des maladies de la peau et permettront de reconnaître, à un simple coup d'œil, quels ont été et le siège et l'étendue des lésions cutanées.

A. DOYON.

II. — La première édition de cet ouvrage remonte à 1885, et, deux ans seulement révolus, voici une troisième édition, celle que nous venons signaler ici aux lecteurs des Annales. Cette succession rapide est le meilleur éloge que nous puissions faire de ce livre, qui constitue un excellent traité des maladies de la peau.

C'est plutôt, il est vrai, un manuel qu'un véritable traité de dermatologie dans la large acception de ce mot. Tel qu'il est, il suffira aux élèves pour les initier à l'étude des maladies de la peau, ainsi qu'aux praticiens, qui y puiseront nombre de renseignements utiles pour les guider sur un



terrain si hérissé de difficultés. Tous les progrès les plus récents de la dermatologie y sont mentionnés avec soin.

Un des premiers et des principaux écueils que trouve sur sa route tout auteur qui veut écrire un ouvrage sur les maladies de la peau, c'est leur systématisation. Le docteur Lesser s'est borné à grouper, suivant leurs affinités cliniques, toutes les dermatoses dans 16 chapitres distincts, sans se préoccuper de les classer d'après un principe déterminé. Par cette simplification, les élèves ne seront pas arrêtés par cette partie encore si obscure de la dermatologie et qui soulève des problèmes si complexes et si embrouillés, surtout pour des débutants. D'autre part, dans l'état actuel de la science, il est absolument impossible d'édifier une classification d'après l'étiologie des maladies de la peau — ce qui serait cependant le principe le plus rationnel. Il est une autre lacune qui nous semble regrettable, c'est l'absence d'une nosologie générale des maladies de la peau, car les indications que l'auteur donne, dans le cours de la description des maladies, sur les diverses lésions élémentaires de la peau, notamment au chapitre de l'eczéma pour les papules, les vésicules, les pustules, etc..., sont un peu écourtées. Quelques pages de nosologie générale seraient, croyons-nous, une excellente introduction à cet ouvrage.

Le premier chapitre comprend la description de l'eczéma, et les 26 pages que Lesser lui a consacrées constituent une véritable monographie de cette affection, dont toutes les modalités sont exposées avec une grande clarté. En dehors des causes locales, qu'il classe dans trois groupes, il n'admet pas de causes directes internes pouvant donner naissance à l'eczéma. Avant tout comme causes médiate, indirectes, il signale l'anémie.

Or, c'est toujours la même question qui nous divise, qui partage en deux écoles des dermatologistes d'égale compétence, d'égale bonne foi. Dans les notes de la traduction de Kaposi, M. le Dr Ernest Besnier et moi, nous avons déjà dit et répété que si certains états anémiques peuvent tenir sous leur dépendance l'irritabilité cutanée propice à la genèse de l'eczéma, il n'en est pas moins certain qu'il y a lieu dans ces cas de rechercher, de tenir tout particulièrement compte des états morbides complexes primordiaux, qui constituent, en réalité, les conditions pathogéniques de l'eczéma vrai.

Vingt-quatre dessins intercalés dans le texte et six photographies représentant des maladies typiques de la peau complètent le texte et facilitent son interprétation.

En somme, il s'agit d'un livre essentiellement pratique dans lequel sont exposés en détail tout ce qui concerne la symptomatologie, le diagnostic et la thérapie des dermatoses. Quoique succinct, il contient un résumé des recherches et des découvertes les plus récentes. A ce titre, il sera con-



sulté avec fruit par tous ceux qui tiennent à être au courant de l'état actuel de la dermatologie.

A. DOYON.

III — Cette brochure constitue le premier cahier de la deuxième partie des leçons que l'auteur a, de 1884 à 1886, publiées sur la pathologie et le traitement de la syphilis. Ce précédent ouvrage éminemment pratique a obtenu, au moment de son apparition, un succès aussi grand que parfaitement justifié par la clarté de l'exposition, le caractère pratique de l'enseignement et les nombreux autant qu'opportuns emprunts faits aux travaux étrangers. Des gravures sur bois, faites d'après des photographies, rendent encore plus facile et plus intéressante la lecture de cet ouvrage didactique.

Le prof. Lang continue aujourd'hui l'œuvre si magistralement commencée en publiant un cours complet de leçons sur les maladies vénériennes. Le premier fascicule est consacré à l'étude de l'ulcère vénérien, du chancre mou.

Ce nouveau fascicule comprend quatre leçons, plus un très court formulaire.

Parmi tous les synonymes du chancre mou que cite l'auteur, nous regrettons qu'il n'ait pas adopté l'expression de *chancrelle*, proposée depuis longtemps par M. Diday, expression qui a l'avantage de rendre toute confusion impossible avec le chancre infectant. Réflexion d'autant plus juste que le professeur Lang est un des représentants les plus ouvertement déclarés du dualisme.

Bien que différents auteurs, P. Ferrari, L. Mannino, de Lucca, aient constaté dans le pus du chancre mou la présence de microorganismes que ces auteurs considèrent comme caractéristiques de l'ulcère vénérien, les preuves qu'ils ont données sont encore insuffisantes pour entraîner les convictions.

Comme la plupart des auteurs, Lang admet que le contagion de l'ulcère vénérien, absolument distinct du virus syphilitique, constitue cependant un agent spécial de contagion, contrairement à E. Finger, qui lui refuse toute spécificité. L'auteur décrit ensuite dans les plus grands détails et d'une manière très précise l'origine du chancre mou, ses modes de développement et d'évolution chez l'homme et chez la femme, ses différentes complications, les ulcères atoniques, inflammés, érysipélateux; le phagédénisme, la gangrène, la diphtérie et la pourriture d'hôpital; les ulcères vénériens serpigneux.

En ce qui concerne l'action du pus chancrelleux sur les ganglions lymphatiques voisins, on sait qu'elle peut se traduire soit par une inflammation se résolvant spontanément, soit par un abcès ordinaire, soit enfin par un abcès qui revêt ultérieurement tous les caractères objectifs de



l'ulcère vénérien primitif. Lang se range à l'opinion généralement admise en France, savoir : que le contagé chancrelleux peut pénétrer dans les voies lymphatiques et y provoquer un processus ulcéreux.

Si le pus du bubon ne devient inoculable que 24 à 48 heures après l'incision, cela peut tenir à ce que la température du bubon non encore ouvert neutralise la virulence du pus, ainsi que les expériences d'Aubert tendent à le démontrer.

La première partie de la troisième leçon est consacrée à l'étude des symptômes et de l'évolution de la lymphadénite qui se termine par résolution et de la lymphadénite ulcéreuse; la seconde, au diagnostic différentiel de la chancrelle. Les détails dans lesquels entre l'auteur sont essentiellement pratiques et exposés avec beaucoup de clarté.

Enfin dans la quatrième leçon le professeur Lang indique la prophylaxie et les différents modes de traitement de l'ulcère vénérien ainsi que de l'inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. Il ne se montre pas très partisan du traitement abortif, et, dans les cas où il y a recours, il donne la préférence au chlorure de zinc ou au cautère Paquelin. Comme pansement de l'ulcère établi, il emploie l'acide pyrogallique, l'iodoforme. Du reste, à la fin du cahier se trouve un petit formulaire qui ajoute encore aux qualités pratiques de l'ouvrage.

Une exposition claire et précise et l'énoncé des travaux publiés sur le sujet sont les caractères qui distinguent cette nouvelle œuvre de l'ancien professeur de l'université d'Innsbrück.

A. DOYON.

VI. — Cette livraison contient comme les précédentes six planches : érythème annulaire, gyroïde; herpès zoster gangreneux; pemphigus foliacé; purpura varioleux; rhinosclérome; sarcomatose de la peau du tronc.

L'auteur y a ajouté trois gravures sur bois, dont deux sont consacrées à l'anatomie pathologique de l'herpès zoster et une à celle du rhinosclérome.

Nous n'avons rien à dire de cette nouvelle livraison, si ce n'est que, par la perfection des chromolithographies, elle est à la hauteur de l'œuvre du professeur Neumann. Quant au texte qui accompagne ces nouvelles planches, il se distingue par les mêmes qualités que nous avons déjà signalées : la netteté et la précision.

Nous espérons que l'œuvre magistrale entreprise par notre savant collègue sera bientôt achevée; médecins et étudiants auront alors entre les mains l'auxiliaire le plus précieux pour l'étude des dermatoses.

A. DOYON.



VARIA.

---

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATOLOGIE  
ET DE LA SYPHILIGRAPHIE DANS LES UNIVERSITÉS  
ALLEMANDES ET AUSTRO-HONGROISES.

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATO-SYPHILIGRAPHIE  
EN FRANCE, EN ALLEMAGNE ET EN AUTRICHE-HONGRIE

Par M. le Professeur **Henri LELOIR**.

---

*(Mission scientifique du Ministère de l'Instruction publique, 1887.)*

En juillet 1887, je fus chargé par M. le Ministre de l'Instruction publique d'une mission scientifique, officielle et gratuite, pour étudier l'organisation de l'enseignement dermato-syphiligraphique en Allemagne et en Autriche-Hongrie.

Voici d'ailleurs la copie de l'arrêté ministériel qui me confie cette mission :

MINISTÈRE  
de  
L'INSTRUCTION PUBLIQUE,  
DES CULTES  
ET DES BEAUX-ARTS.

A Monsieur **Henri LELOIR**, professeur à la Faculté  
de Médecine de Lille.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 30 juillet 1887.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous annoncer que, par un arrêté, dont vous trouverez ci-joint ampliation, je vous ai chargé d'une mission gratuite en Allemagne et en Autriche-Hongrie, à l'effet d'y étudier l'enseignement de la Dermatologie et de la Syphiligraphie.

A l'issue de votre mission, vous voudrez bien rédiger un rapport qui sera présenté, s'il y a lieu, à l'examen de l'Académie de Médecine.

Je viens de prier M. le Ministre des Affaires Étrangères de vous accorder des lettres de recommandation auprès de nos agents diplomatiques et consulaires dans ces pays : aussitôt que mon collègue m'aura fait parvenir ces pièces, je m'empresserai de vous les transmettre.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée,

*Le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts.*

Signé : SPULLER.

Ce n'est pas certes en un seul voyage que j'aurais pu mener à bien une tâche aussi importante que celle que le Ministère de l'Instruction Publique



m'avait fait l'honneur de me confier. Mais, heureusement, j'avais fait antérieurement de nombreux voyages (8), en Allemagne et en Autriche-Hongrie, dans le but d'y étudier l'enseignement dermato-syphiligraphique de ces deux pays. Parlant l'allemand aussi facilement que le français, j'avais rapporté de ces voyages scientifiques (tout spontanés et faits sur mon initiative privée) de nombreuses notes et documents qui me furent depuis d'une grande utilité.

Ces voyages avaient resserré les relations que j'entretenais avec les dermato-syphiligraphes de ces deux pays ; ils les avaient rendues plus intimes. Rien ne devait faciliter mes recherches comme ces relations si cordiales que j'avais établies ainsi avec mes collègues allemands et austro-hongrois. Que pourrais-je dire de plus, beaucoup d'entre eux sont devenus mes amis.

Je saisis l'occasion pour les remercier de la grande amabilité et de la façon si prévenante avec laquelle j'ai été reçu par eux.

La mission dont je fus chargé en 1887 était donc le complément et la consécration officielle des études que j'avais entreprises dans mes voyages antérieurs. Et, si j'ai tardé si longtemps à publier mes impressions sur l'enseignement de la Dermatologie et de la Syphiligraphie en Allemagne et en Autriche-Hongrie et à le comparer au nôtre, c'est que je voulais tout constater *de visu*, voir et revoir les hommes et les choses, contrôler, vérifier et révéifier les renseignements donnés. Je voulais enfin laisser mûrir les impressions que j'avais éprouvées et les opinions diverses qui en étaient résultées dans mon esprit, avant de les livrer à la publicité, avant de faire un rapport officiel au gouvernement de mon pays.

La confiance qu'avait bien voulu me témoigner le Ministère de l'Instruction publique en me chargeant de cette mission, l'importance de la question, devaient en effet me rendre très circonspect.

Il n'est guère nécessaire d'insister sur l'importance de cette grave question d'enseignement supérieur et d'humanité auprès d'un ministère qui, sentant de quelle nécessité majeure est l'enseignement de la dermato-syphiligraphie dans les facultés de médecine françaises, a successivement créé depuis 1879, en l'espace de six ans, à Paris, à Lyon, à Lille, trois chaires de dermato-syphiligraphie. Les bienfaits de ces créations nouvelles se sont fait sentir d'une façon des plus marquantes dans les centres universitaires qui ont eu le bonheur d'en être dotés. J'y reviendrai d'ailleurs plus loin ; car il ne s'agit pas ici seulement d'une question d'enseignement mais d'humanité.

Mais ce qu'a fait depuis 1879 le Ministère de l'Instruction Publique pour la dermato-syphiligraphie française est-il suffisant ? Ou n'y a-t-il pas d'autres choses à faire, d'autres mesures à prendre ? C'est ce que l'étude de l'organisation de l'enseignement dermato-syphiligraphique en Allemagne et en Autriche-Hongrie, comparée avec l'organisation de cet enseignement en France, nous montrera.

Voilà pourquoi j'ai voulu présenter un rapport mûri, réfléchi. Certaines de mes appréciations pourront paraître un peu sévères, mais mon devoir est de montrer les choses telles qu'elles sont et non de passer sous silence, pour les besoins d'une cause quelconque, les déficiences existantes. Pour que les conclusions que je tire de ma comparaison soient légitimes, il faut que les deux termes (je pourrais dire les trois termes de cette comparaison : France, Autriche-Hongrie, Allemagne) soient exacts. C'est pourquoi je me



suis gardé de me laisser entraîner ou par un enthousiasme exagéré, ou par une dénigration de parti pris pour la science étrangère.

C'est ainsi seulement que je pourrai dire comme conclusion de mon mémoire: telle est l'organisation de l'enseignement dermato-syphiligraphique en Allemagne et en Autriche-Hongrie. Ceci est bon, excellent, ceci me paraît mauvais. Laissons ce qui est mauvais, mais hâtons-nous de prendre ce qui est bon. Il en est temps, grand temps.

#### ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUE EN ALLEMAGNE.

ÉTUDE COMPARATIVE DE CETTE ORGANISATION AVEC CELLE DE LA FRANCE  
ET DE L'AUTRICHE-HONGRIE.

##### *Universités allemandes pourvues d'un enseignement dermato-syphiligraphique.*

Il existe en Allemagne 20 universités. Dans 11 de ces universités il existe un enseignement dermato-syphiligraphique officiel. Ce sont les universités de Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Freiburg, Iéna, Königsberg, Leipzig, Munich, Strasbourg, Würzburg.

Par contre, il y a 9 universités où cet enseignement n'existe pas. Ce sont les universités de Giessen, Greifswald, Göttingen, Hall, Heidelberg, Kiel, Marburg, Rostock, Tübingen.

D'ailleurs, d'après les renseignements que j'ai recueillis, tout porte à croire que d'ici quelque temps cet enseignement sera établi dans quelques-unes des universités qui en sont dépourvues. Le ministre de l'Instruction publique prussien, Von Gossler, homme à idées larges et très favorables à l'enseignement médical, qui y était disposé il y a peu de temps, avant l'incident Schweninger, ne semble guère avoir changé d'avis. Mais peut-être attend-il que l'excitation produite dans le monde universitaire et politique par cette affaire se soit apaisée, avant de prendre une détermination.

On peut supposer que, grâce au patriotisme et à l'amour de la science de plusieurs professeurs de dermatologie et de syphiligraphie des universités allemandes, parmi lesquels je cite en première ligne mes amis les professeurs Doutrelepon et Neisser; grâce à l'accueil favorable que trouvent auprès du ministère prussien de l'Instruction publique les propositions utiles émises par les professeurs des universités, grâce à l'amour du véritable progrès dont est animé ce ministère, ce perfectionnement ne tardera guère à se réaliser.

Voici quels étaient en 1887 les médecins chargés de l'enseignement dermato-syphiligraphique dans les 11 universités allemandes où cet enseignement existe.

##### *Situation universitaire des médecins chargés de l'enseignement dermato-syphiligraphique en Allemagne.*

*Professeurs extraordinaires : privati-docentes,  
Pourquoi pas de professeurs ordinaires?*

Tout d'abord, et ceci doit nous arrêter un instant, car c'est là une des déficiences de l'enseignement dermato-syphiligraphique en Allemagne, il



n'existe pas en ce pays un seul professeur de dermatologie et de syphiligraphie ayant le titre de professeur ordinaire (correspondant chez nous au titre de professeur titulaire). Le plus haut titre auquel puissent aspirer les médecins qui enseignent la dermato-syphiligraphie en Allemagne est celui de professeur extraordinaire (correspondant à peu près chez nous à celui de chargé de cours d'une chaire magistrale).

Pourquoi cette sorte d'infériorité dans la situation universitaire des professeurs de dermato-syphiligraphie en Allemagne ? Il serait trop long et inutile d'ailleurs d'en étudier longuement les causes. Elle provient en partie, sans doute, de l'antagonisme qui a existé longtemps en tous pays (et doit exister encore selon toute vraisemblance) entre les professeurs de médecine générale et les professeurs de médecine spéciale. Heureusement les temps sont proches où le terme de spécialiste, considéré comme une marque d'infériorité par certains esprits par trop encyclopédiques, deviendra une marque de science approfondie.

D'ailleurs, les neurologistes, les professeurs de pathologie infantile, les ophtalmologistes, ayant droit à l'ordinariat en Allemagne, on se demande avec étonnement comment il n'en est pas de même pour les professeurs de cette importante branche de la médecine, la dermato-syphiligraphie. Leur tour ne tardera pas à venir dans ce pays de progrès scientifique.

Il s'en est même peu fallu que cela ne devint une réalité en 1885.

D'après les renseignements que j'ai recueillis : lorsque l'on avait besoin du consentement du professeur Lewin (de Berlin) pour dédoubler la chaire de dermato-syphiligraphie afin de donner la chaire de dermatologie au futur professeur Schweninger, il aurait été grandement question, sinon promis, de donner l'ordinariat au professeur Lewin pour le dédommager de ce dédoublement. Mais l'affaire Schweninger ayant fait beaucoup de bruit, on préféra sans doute ne pas compliquer encore la question. La chaire fut dédoublée ; le professeur Lewin fut nommé « Geheimrath », mais resta professeur extraordinaire.

La possibilité si légitime, pour les professeurs de dermato-syphiligraphie, de recevoir l'ordinariat en Allemagne est très importante au point de vue des progrès de la dermato-syphiligraphie en ce pays. L'ordinariat leur donnera une situation universitaire plus élevée, qui relèvera en même temps aux yeux du public et à ceux des élèves l'importante spécialité qu'ils enseignent.

D'autre part, l'enseignement de la dermato-syphiligraphie n'étant pas obligatoire en Allemagne (autre défectuosité majeure sur laquelle je reviendrai), les universités jugent avec raison qu'il est temps de donner le titre de professeur ordinaire (les professeurs ordinaires seuls, ou à peu près seuls, font passer les examens) aux dermato-syphiligraphes, afin que les élèves soient interrogés sur cette partie si capitale de la médecine.

#### *Les privat-docenten.*

Les privat-docenten (qui correspondent à peu près à nos agrégés) sont, dans plusieurs universités, adjoints aux professeurs extraordinaires pour compléter l'enseignement dermato-syphiligraphique de la Faculté de médecine. Dans d'autres universités où il n'existe pas de professeur extraordinaire pour cette spécialité, un docent est chargé de cet enseignement.

Il paraît probable qu'un certain nombre d'universités actuellement pourvues de docent enverront ces médecins chargés d'enseigner la dermato-



syphiligraphie élevés au rang de professeurs extraordinaires. Ce n'est pas sans étonnement en effet que l'on voit des universités de l'importance médicale de Würzburg, de Munich, de Leipzig, ne pas encore avoir de professeurs extraordinaires pour l'enseignement de la dermato-syphiligraphie.

Voici d'ailleurs comment sont répartis en 1887 les professeurs extraordinaires et les docenten dans les onze universités allemandes pourvues d'un enseignement dermatologique (1) :

| UNIVERSITÉS.    | PROFESSEURS EXTRAORDINAIRES.   | DOCENTEN.   |
|-----------------|--|---|
| BERLIN.....     | G. LEWIN (Syphiligraphie et maladies vénériennes).....<br>E. SCHWENINGER (Dermatologie)..... | G. BEHREND.<br>LASSAR.<br>L. LEWINSKI.  |
| BONN.....       | J. DOUETREPELONT.....  | .....   |
| BRESLAU.....    | NEISSER.....   | .....   |
| ERLANGEN.....   | W. HACK (mort). Non remplacé encore.   | R. FLEISCHER.   |
| FREIBURG.....   | P. FURBRINGER (parti à Berlin). Non remplacé encore.   | .....   |
| KÖNIGSBERG..... | J. CASPARY.....  | .....   |
| LEIPZIG.....    | .....  | J.-E. LESSER.   |
| MUNICH.....     | .....  | C. POSSELT (pour la clinique et le cours).<br>KOPP (pour la polyclinique dermato-syphiligraphique). |
| STRASBOURG..... | A. WOLFF.....  | SEIFERT (pour la clinique et le cours.)   |
| WÜRZBURG.....   | MATTERSTOCK (pour la polyclinique).....  | .....   |

*Principaux dermatologistes allemands n'appartenant pas à l'Université.*

Tel est le personnel enseignant officiellement la dermato-syphiligraphie dans l'empire allemand. Mais je devrais adjoindre à cette liste déjà longue les noms d'hommes qui, bien que n'ayant aucune situation dans l'Université, n'en rendent pas moins par leur plume, par leurs travaux, par leur activité, les plus grands services au développement de cette science en Allemagne.

Parmi ceux-ci, je me bornerai à citer en première ligne mon éminent ami P. G. Unna, de Hambourg, fondateur du seul journal allemand de dermatologie qui existe : les *Monatshefte für praktische Dermatologie*; Kobner, de Berlin; Michelson, de Königsberg; Max-Joseph, Rosenthal, de Berlin, et plusieurs autres savants du plus haut mérite, qui m'excuseront de ne pouvoir les citer tous dans ce rapport.

*Société de dermatologie (Section du congrès de naturalistes et médecins allemands).*

Grâce au zèle de tous ces dermato-syphiligraphes, grâce aux encouragements<sup>s</sup> qui leur sont donnés par l'État, il s'est fondé en Allemagne une société

(1) Voir, pour compléter ce tableau, l'état de l'enseignement dermato-syphiligraphique en Allemagne que je donne ci-contre, page 59.



dermato-syphiligraphique, section de l'association des médecins et naturalistes allemands qui tient annuellement, dans une ville importante d'Allemagne, un congrès d'une huitaine de jours. J'ai pu constater à Berlin en 1886, à Wiesbade en 1887, l'influence majeure qu'exercent en Allemagne ces réunions annuelles, sur le progrès de la dermato-syphiligraphie.

Ce n'est pas sans envie, sans un regret patriotique, que je me disais : comment se fait-il qu'en France, dans le pays des Alibert, des Rayer, des Bazin, des Bassereau, des Cazenave, des Devergie, des Bielt, pour ne parler que des morts, il n'existe pas encore en 1887 de société dermato-syphiligraphique ? Car nous aussi, nous pourrions créer comme les Allemands des centres d'attraction scientifique, où périodiquement, non seulement les dermato-syphiligraphes français, mais nos collègues étrangers pourraient discuter les questions à l'ordre du jour de la dermato-syphiligraphie, et échanger nos idées. Mais jusqu'ici, par suite d'une torpeur contre laquelle ont en vain essayé de réagir des hommes du plus haut mérite, nous restons chez nous, nous ne nous réunissons pas, ou ne nous réunissons que par petits groupes, ou dans des sociétés dont l'esprit encyclopédique met fatalement arrêt à nos études spéciales. Il en résulte un manque d'émulation fatal à notre science. C'est là une des lacunes les plus considérables de l'organisation de la dermato-syphiligraphie en France sur laquelle on ne saurait trop attirer l'attention.

*Les chaires sont mixtes, sauf à Berlin.*

Dans toutes les universités allemandes, sauf à Berlin, l'enseignement de la dermato-syphiligraphie est fait par un seul professeur. Les chaires sont mixtes; ce sont comme chez nous des chaires de dermato-syphiligraphie. — A Berlin la clinique dermato-syphiligraphique occupée par Lewin fut partagée en deux (avec le consentement voulu ou non de Lewin), lorsqu'il s'est agi de donner à Schweningen une chaire de dermatologie. — Je n'ai pas entendu dire que cette séparation des chaires de la Charité ait eu pour cause des raisons purement scientifiques. — Quoi qu'il en soit, il existe actuellement en Allemagne, mais à Berlin seulement, une chaire de syphiligraphie et maladies vénériennes occupée par le professeur Lewin; une chaire de dermatologie pure, occupée par Schweningen, professeur de la nouvelle chaire.

Cette séparation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie semble être une chose excellente dans les grands centres universitaires. Elle existe, et depuis de longues années, à Vienne. Dans la capitale de l'Autriche (où elle a été effectuée pour des raisons purement scientifiques), cette séparation donne les meilleurs résultats au point de vue de l'enseignement et de la division du travail. Il est évident que, dans un grand centre universitaire comme Paris, avec des ressources aussi considérables que celles que renferme cette capitale, une pareille division serait désirable et utile à tous les points de vue. Il en fut d'ailleurs question, je crois, il y a quelques années.

*Avenir universitaire du médecin qui se consacre à la dermatologie et à la syphiligraphie en Allemagne et en Autriche-Hongrie.*

Une des conditions qui favorisent le plus le progrès de l'enseignement dermato-syphiligraphique en Allemagne (et en Autriche-Hongrie, comme nous le verrons) est l'avenir universitaire qui attend presque fatalement tout



dermato-syphiligraphie de talent, je ne dis pas de génie (1). Après avoir fait ses études dans une ou plusieurs universités allemandes (en général dans plusieurs, chose excellente à tous les points de vue), après avoir été entendre à l'étranger, en général à Vienne, les leçons des maîtres en renom, l'étudiant allemand devenu docteur désire, supposons-le, suivre la carrière universitaire; il désire se consacrer à l'enseignement de la médecine, et dans cet enseignement, supposons-le, il est particulièrement attiré par la dermato-syphiligraphie : c'est un dermato-syphiligraphie en herbe.

Que va-t-il faire ?

S'il a fait preuve, en suivant les cliniques d'un maître en dermato-syphiligraphie, de zèle, d'intelligence, d'ardeur au travail, ce maître le prendra comme assistant. Il est évident que les maîtres les plus en vue, les plus renommés par leurs travaux et leur enseignement (quelle que soit l'université où ils professent) seront en général les plus courus. Ce n'est pas seulement en Allemagne un bonheur au point de vue de l'instruction d'avoir été l'élève, l'assistant du professeur un tel, c'est un honneur que l'assistant ou l'ex-assistant a bien soin de faire valoir en s'intitulant : Assistant ou Ex-assistant du Professeur X..... in der Universitat de X.....

La situation de l'assistant est en quelque sorte intermédiaire entre celle d'interne et de chef de clinique chez nous. L'assistant est choisi par le professeur. Il est nommé pour 2 ans. Il peut d'ailleurs être renommé pour une nouvelle période, sur la proposition du professeur, et ainsi de suite. Cependant il est rare de voir le jeune médecin demeurer comme assistant chez le même professeur plus de 4 ans, bien que dans des cas exceptionnels il puisse y demeurer pendant 6 et même 8 ans.

Dans certaines universités il existe deux assistants : un assistant en premier et un assistant en second dans les services de dermato-syphiligraphie. Ainsi, par exemple, le professeur Doutrelepont, à Bonn, a deux assistants.

C'est là une mesure excellente, car dans une clinique où l'on travaille, le professeur a absolument besoin d'un personnel suffisant pour l'aider dans la préparation de son enseignement (2).

Les appointements de l'assistant sont de 1200 marcs — 1500 francs.

Mais voici notre assistant arrivé au bout de ses 2, 4 ou 6 ans d'assistantat. — Que va-t-il devenir ?

Il n'a qu'à passer auprès de l'Université les épreuves voulues (présentation d'un mémoire original) pour être reçu docent. — A partir de ce moment il sera attaché à l'Université. — En outre, s'il désire continuer à se perfectionner comme assistant dans la spécialité qu'il a choisie, il pourra remplir les fonc-

(1) Ce que je développe ici à propos de la dermato-syphiligraphie est applicable à toutes les autres branches de l'enseignement médical. — Il en est et en sera, en France, de la neurologie, de l'ophtalmologie, de la médecine infantile, de l'anatomie pathologique, etc., comme de la dermato-syphiligraphie. Le progrès de ces sciences ne sera pas ce qu'il devrait être avec les ressources et les hommes que nous possédons, tant que l'on ne se décidera pas à recruter par un concours spécial les futurs agrégés, pépinière des professeurs futurs de ces enseignements spéciaux. — Je reviendrai d'ailleurs sur cette question.

(2) Certaines cliniques ont jusqu'à trois, quatre assistants et même plus. Ainsi, à Bonn, la clinique chirurgicale a quatre assistants; la clinique gynécologique a trois assistants. On voit que l'Université a à cœur, en Allemagne, de donner au professeur un nombre d'aides suffisant pour la préparation efficace de son enseignement.



tions d'assistant pendant une durée presque illimitée, si le maître qu'il a choisi veut bien l'agréer et le conserver. — Ceci arrive très rarement (1).

D'ailleurs, il vient en général un temps où ledit docent demande à l'université où il a été agréé, et obtient d'elle, l'autorisation de faire un cours secondaire des maladies cutanées et syphilitiques.

Il commence ainsi à voler de ses propres ailes, et d'élève est sur le point de passer maître.

A partir de ce moment, on peut dire que son avenir est presque tout entier dans ses mains. Si, en effet, il se met à l'œuvre sérieusement, s'il se distingue par des travaux originaux, par son enseignement, s'il devient en somme un dermato-syphiligraphe de valeur, il arrivera presque fatalement, au bout d'un temps plus ou moins long il est vrai (car il faut tenir compte des circonstances) à être appelé à un poste où il pourra enseigner officiellement la dermato-syphiligraphie soit comme docent, soit comme professeur extraordinaire, dans l'une des universités allemandes où cet enseignement existe. Sa façon d'arriver variera beaucoup suivant les circonstances, je le répète. Ainsi, par exemple, s'il veut remplacer le maître dont il a été l'assistant dans l'université où il s'est fait recevoir docent, il devra attendre la mort, ou la mise à la retraite de ce maître (2).

Mais souvent, s'il s'est acquis un renom de dermato-syphiligraphe, il pourra être appelé par une Université allemande autre que celle près de laquelle il a été reçu docent. Il pourra être appelé comme docent seulement auprès d'une université où la chaire de dermato-syphiligraphie n'est occupée que par un docent (voir le tableau de la page 58). Mais avec le temps il finira souvent, s'il continue à se distinguer par ses travaux et son enseignement, par être appelé comme professeur extraordinaire auprès d'une des Universités où cet enseignement est confié à un professeur extraordinaire. — Arrivé là, son ambition peut ne pas encore être satisfaite ; s'il désire arriver à une université encore plus importante que celle où il professe, il n'aura qu'à attendre de son mérite et du temps qu'une de ces universités auxquelles il aspire l'appelle pour remplacer le professeur décédé ou passé à la retraite. — Mais, comme l'on sait qu'il se fait une sorte de marchandage entre l'Université appelante et les candidats, et que ce marchandage a pour base d'une part les intérêts de l'Université (3), et d'autre part le mérite du candi-

(1) Il faut noter cependant que dans plusieurs universités les assistants font des cours particuliers payés, qui sont assez suivis. Ces cours sont surtout suivis à Vienne. Les chefs de clinique de la Faculté de Paris, à l'hôpital Saint-Louis, en font autant ; et je me souviens que lorsque j'avais l'honneur d'être le chef de clinique du professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis, nombre d'élèves français et étrangers venaient suivre mes conférences du soir (rétribuées). Ce maître voulait bien aussi me faire quelques conférences dans son amphithéâtre. Mais où tout cela m'aurait-il mené au point de vue de ma spécialité, si des circonstances heureuses ne m'avaient conduit à Lille ?

(2) On sait qu'il n'existe pas en Allemagne de limite d'âge pour la mise à la retraite du professeur. C'est là une des déficiences de l'organisation de l'enseignement médical allemand.

(3) On sait que l'organisation de l'enseignement de la médecine en Allemagne et en Autriche-Hongrie est tel, qu'il est de l'intérêt de tout professeur dans une Université d'avoir pour collègues des hommes éminents. Il est des facultés où les élèves ne sont attirés que par trois, deux, un professeur même. Loin d'être jalouxés par leurs collègues, ceux-ci sont heureux de les avoir et tiennent à les garder. Car ces hommes éminents attirent les élèves dans les facultés, et tout le monde



dat, il est de l'intérêt de tout professeur de continuer à travailler, à se distinguer, et à ne pas s'endormir, une fois arrivé, dans un doux farniente ou de ne pas se laisser accaparer presque entièrement par la clientèle.

Sa valeur au point de vue du marchandage sur (que l'on me passe l'expression) la bourse des universités allemandes ou austro-hongroises dépend uniquement de sa valeur scientifique, c'est à lui à ne pas s'arrêter.

### *Les professeurs allemands à l'étranger.*

Enfin, si son impatience ne permettait pas au dermato-syphiligraphie allemand d'attendre, ou si les circonstances ne le favorisaient pas, il a encore une ressource, c'est d'être appelé par les universités étrangères qui font partie de ce que l'on pourrait appeler le Zollverein scientifique allemand.

Il existe, en effet, à l'étranger, nombre de professeurs, et des plus éminents, qui ne sont autre chose que des produits de l'exportation scientifique allemande. Sortant un instant de mon cadre dermato-syphiligraphique, je citerai comme pays appelant et possédant dans leurs universités des professeurs allemands : la Belgique, où, à Liège, par exemple, se trouve le professeur Winiwachter, où se trouvait le professeur Fuchs ; la Suisse, qui a appelé entre autres le professeur Schiff ; l'Autriche-Hongrie, qui a fait venir dans ses universités bien des professeurs allemands, parmi lesquels Billroth, Nothnagel, Hering ; l'Italie, qui ouvrit ses universités à Moleschott, à Schiff, etc... Je pourrais multiplier ces exemples.

Cette émigration de professeurs allemands ne s'est pas limitée seulement aux pays européens. Il existe des professeurs allemands et austro-hongrois dans l'Amérique du Nord, aux Etats-Unis, dans l'Amérique du Sud, enfin même au Japon, à l'université de Tokio, le professeur de dermatologie et de syphiligraphie Diessé est un Allemand.

On conçoit l'influence colossale qu'un pareil état de choses doit exercer non seulement sur la propagation de la science allemande, mais encore de l'influence politique de l'Allemagne, et cela non seulement en Europe mais dans le monde entier.

C'est avec peine que tout patriote doit constater ce fait malheureusement trop exact ; il n'y a pas ou à peine de professeurs d'origine française dans les universités étrangères. Eh bien ! il faut prendre garde à cet état de choses résultant de nos mœurs par trop casanières. Sortons de notre torpeur, et, puisque l'encombrement des places va en augmentant de jour en jour chez nous, puisque les débouchés universitaires se ferment de plus en plus, faisons ce que commencent à faire, un peu tardivement il est vrai, les commerçants français, essayons de créer à l'étranger des comptoirs scientifiques.

Nous étendrons ainsi l'influence de la science française, l'influence de la mère patrie. Puisque, il faut bien le dire, le courant des élèves étrangers s'est peu à peu, dans ces derniers temps, détourné de la France vers l'Allemagne et l'Autriche-Hongrie, allons enseigner chez les étrangers. En même temps et surtout, perfectionnons l'organisation de nos facultés de médecine, notre enseignement dermato-syphiligraphique, et il ne se passera pas de lon-

et profite. Aussi les avantages pécuniaires faits à ces hommes marquants, par les universités, parfois par l'Etat ou la ville universitaire, sont-ils, dans certains cas, considérables.



gues années avant que la dermatosyphiligraphie française ait repris la place qu'elle n'aurait jamais dû abandonner.

Mais poursuivons l'étude du recrutement des professeurs de dermatosyphiligraphie en Allemagne et en Autriche-Hongrie, nous verrons alors quels enseignements nous en pouvons tirer au point de vue de notre réorganisation.

Nous venons de voir que l'avenir universitaire du dermatosyphilographe allemand est pour ainsi dire entre ses mains ; que, s'il travaille, s'il se distingue, s'il produit, il arrivera certainement, *on l'appellera*. Mais il faut qu'il ait marqué sa place comme dermatosyphilographe, comme spécialiste (1).

Les universités font d'ailleurs ce qu'elles peuvent pour permettre aux doctes en non pourvus d'enseignement officiel de se distinguer. Ainsi, à Munich, l'enseignement dermatosyphilographique officiel est fait par le Dr Poncet, privat-docent ; c'est lui qui a le service hospitalier.

Mais le Dr C. Kopp, docent attaché également à l'université de Munich, ancien élève du professeur Neisser, de Breslau, a été chargé officieusement par l'université, en attendant que l'État puisse transformer cette création en un acte officiel, de la polyclinique des maladies cutanées et syphilitiques.

On voit donc, en résumé, qu'en Allemagne, comme en Autriche-Hongrie, le jeune docteur qui (après avoir naturellement, avant de se spécialiser, étudié la médecine et la chirurgie en général) veut se consacrer à l'enseignement spécial de la dermatosyphiligraphie arrivera presque *fatallement*,

(1) Il résulte de tout ce qui précède que, bien que le concours n'existe pas en Allemagne, les places des professeurs ne sont données en général qu'au seul mérite. Tout travailleur, tout producteur arrivera nécessairement, il sera appelé, s'il se distingue par ses travaux personnels et son enseignement ; s'il fait preuve qu'il est « l'homme qu'il faut pour occuper telle chaire ». Il y va d'ailleurs de l'intérêt de l'Université, comme nous l'avons vu plus haut. — Aussi les universités n'appellent-elles qu'exceptionnellement, et encore, des hommes sans valeur ; leur intérêt, je le répète, est en jeu. Dans un cas seulement, l'on a vu appelé à occuper une chaire dermatologique des plus importantes un médecin qui n'était pas désigné par ses travaux spéciaux pour occuper cette chaire. Mais, dans ce cas, l'Université de Berlin ne fut pas fautive, elle dut en quelque sorte plier devant la volonté du chancelier de fer. — Aussi, cette exception confirme-t-elle la règle. Bien que Schweninger soit un excellent anatomo-pathologiste, l'Université fit remarquer avec raison « que Schweninger, jusqu'alors, n'avait ouvert la voie à aucun progrès dans la dermatologie, que sortant d'une autre spécialité, il serait incapable, avec le meilleur vouloir, de rendre les services que tant de savants privat-docent en d'universités allemandes ont déjà rendus, et que sa nomination équivalait tout d'abord à un abaissement du mérite scientifique » (je reproduis textuellement ce qui fut écrit sur ce sujet par P.-G. Unna dans le *Monatshefte für Dermatologie*. J'ai même entendu dire en Allemagne que l'on aurait dû donner à Schweninger une situation dans l'enseignement anatomo-pathologique, mais non dans l'enseignement dermatologique, auquel, me disait-on, il n'avait aucun titre, sauf celui de s'être occupé du pannicule adipeux du tissu cellulaire sous-cutané du grand chancelier.

Quoi qu'il en soit, cette nomination fut réprouvée par toutes les Universités allemandes, non parce que Schweninger n'était pas un savant de valeur, mais parce qu'il n'était pas dermatologiste ; parce qu'il ne s'était jamais distingué en quoi que ce soit dans cette spécialité.



au bout d'un temps plus ou moins long, s'il se distingue dans cette spécialité, à conquérir une situation officielle importante dans l'enseignement dermatosyphiligraphique. Il a les plus grandes chances d'être porté dans une chaire de professeur, et cela, par ses seuls travaux personnels. Les places auxquelles il peut aspirer sont, comme le montre le tableau de la page 58, relativement nombreuses dans l'empire allemand; nous verrons tout à l'heure qu'elles sont encore bien plus nombreuses en Autriche-Hongrie.

En somme, il peut espérer, en Allemagne, arriver à l'une des 8 places de professeur extraordinaire ou à l'une des 8 places de docent, chargés d'enseigner la dermatologie. — En Autriche-Hongrie, il peut espérer arriver à l'une des 10 places de professeur, ou, en attendant, à l'une des 9 places de docent qui existent dans les facultés de médecine de ce pays.

(A suivre.)

---

#### ERRATA DU PRÉCÉDENT NUMÉRO.

Page 751, onze années, lisez sept années.

Page 752, extrémité stomacale, lisez sternale.

Page 755, la première phrase doit être rétablie ainsi qu'il suit : et, par cela même, nous éliminons l'hypothèse d'une endartérite localisée dans les coronaires qui aurait produit, etc.

*Le Gérant : Masson.*



a-  
r-  
ae  
es  
s,  
re  
  
es  
es  
er  
es